

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N° 317

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le 3 août 1882 à 1 heure.*

PAR CHARLES GRIVEAU

Né à Bailleau-le-Pin (Eure-et-Loir), le 2 novembre 1854

ÉTUDE CLINIQUE ET PATHOGÉNIQUE

SUR

## L'ASCITE DITE IDIOPATHIQUE

ET EN PARTICULIER SUR

L'ASCITE DES JEUNES FILLES

Président M. BROUARDEL, professeur.

Juges · MM. { PETER, professeur.  
GRANCHER, LEGROUX, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1882



# FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

**Doyen..... M. BÉCLARD.**

**Professeurs.....**

|                                                                                     |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Anatomie.....</b>                                                                | <b>MM.</b>         |
| <b>Physiologie.....</b>                                                             | <b>SAPPEY.</b>     |
| <b>Physique médicale.....</b>                                                       | <b>BÉCLARD.</b>    |
| <b>Chimie organique et chimie minérale.....</b>                                     | <b>GAVARRET.</b>   |
| <b>Histoire naturelle médicale.....</b>                                             | <b>WURTZ.</b>      |
| <b>Pathologie et thérapeutique générales.....</b>                                   | <b>BAILLON.</b>    |
| <b>Pathologie médicale.....</b>                                                     | <b>BOUCHARD.</b>   |
|                                                                                     | <b>JACCOUD.</b>    |
|                                                                                     | <b>PETER.</b>      |
| <b>Pathologie chirurgicale.....</b>                                                 | <b>GUYON.</b>      |
|                                                                                     | <b>DUPLAY.</b>     |
| <b>Anatomie pathologique.....</b>                                                   | <b>CORNIL.</b>     |
| <b>Histologie.....</b>                                                              | <b>ROBIN.</b>      |
| <b>Opérations et appareils.....</b>                                                 | <b>LE FORT.</b>    |
| <b>Pharmacologie.....</b>                                                           | <b>REGNAULD.</b>   |
| <b>Thérapeutique et matière médicale.....</b>                                       | <b>HAYEM.</b>      |
| <b>Hygiène.....</b>                                                                 | <b>BOUCHARDAT.</b> |
| <b>Médecine légale.....</b>                                                         | <b>BROUARDEL.</b>  |
| <b>Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....</b> | <b>PAJOT.</b>      |
| <b>Histoire de la médecine et de la chirurgie.....</b>                              | <b>LABOULBÈNE</b>  |
| <b>Pathologie comparée et expérimentale.....</b>                                    | <b>VULPIAN.</b>    |
|                                                                                     | <b>SEE (G.)</b>    |
| <b>Clinique médicale.....</b>                                                       | <b>LASEGUE.</b>    |
|                                                                                     | <b>HARDY.</b>      |
|                                                                                     | <b>POTAIN.</b>     |
| <b>Maladies des enfants.....</b>                                                    | <b>PARROT.</b>     |
| <b>Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....</b>           | <b>BALL.</b>       |
| <b>Clinique des maladies syphilitiques.....</b>                                     | <b>FOURNIER.</b>   |
| <b>Clinique des maladies nerveuses.....</b>                                         | <b>CHARCOT.</b>    |
|                                                                                     | <b>RICHEL.</b>     |
| <b>Clinique chirurgicale.....</b>                                                   | <b>GOSSELIN.</b>   |
|                                                                                     | <b>VERNEUIL.</b>   |
|                                                                                     | <b>TRELAT.</b>     |
| <b>Clinique ophthalmologique.....</b>                                               | <b>PANAS.</b>      |
| <b>Clinique d'accouchements.....</b>                                                | <b>DEPAUL.</b>     |

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

*Professeurs honoraires :*

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

**Agrégés en exercice.**

| MM.                                             | MM.           | MM.       | MM.        |
|-------------------------------------------------|---------------|-----------|------------|
| BERGER.                                         | GAY.          | LEGROUX.  | REMY.      |
| BOUILLY.                                        | GRANCHER.     | MARCHAND. | RENDU.     |
| BOURGOIN.                                       | HALLOPEAU.    | MONOD.    | RICHEL.    |
| BUDIN.                                          | HIENNINGER.   | OLLIVIER. | RICHELOT.  |
| CADIAT.                                         | HANRIOT.      | PEYROT.   | STRAUS.    |
| DEBOVE.                                         | HUMBERT.      | YVINARD.  | TERRILLON. |
| DIEULAFOY.                                      | LANDOUZY.     | POZZI.    | TROISIER.  |
| FARABEUF, chef<br>des travaux ana-<br>tomiques. | JOFFROY.      | RAYMOND.  |            |
|                                                 | DE LANEISSAN. | RECLUS.   |            |

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Per délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon président de thèse

M. LE PROFESSEUR BROUARDEL

A MES PARENTS

A mes maîtres

A MES AMIS.

MM. PETER, DAMASCHINO, J.-L. CHAMPIONNIÈRE,  
SCHWARTZ

A LA MÉMOIRE DU D<sup>r</sup> EMMANUEL VOYET

A mon président de thèse  
M. LE PROFESSEUR BROUARDEL

A mes maitres  
MM. PETER, DAMASCHINO, J.-L. CHAMPIONNIÈRE,  
SCHWARTZ

## ÉTUDE CLINIQUE ET PATHOGENIQUE

SUR

# L'ASCITE DITE IDIOPATHIQUE

ET EN PARTICULIER SUR

## L'ASCITE DES JEUNES FILLES

### INTRODUCTION

Le 23 avril 1881, notre excellent ami le Dr Deboise, publiait dans l'Union médicale, sous le titre de « *Note sur un cas d'ascite dite idiopathique* », l'observation d'une jeune fille de 13 ans, non réglée, qu'il soignait depuis deux ans d'une ascite qui jusqu'alors, avait résisté à tous les traitements. Obligé d'en venir à une ponction qu'il considérait comme palliative, il fut tout surpris de voir non seulement que le liquide ne se reproduisait pas, mais encore que le reliquat se résorbait et que la santé générale devenait

meilleure. « Depuis plus de deux ans, écrit-il, que la ponction a été faite, la guérison s'est toujours maintenue » et, à ce propos il attire l'attention du public médical sur l'*ascite dite idiopathique*.

Cette observation ne devait pas passer inaperçue. Re-produite le 2 mai, par la Gazette des Hôpitaux, elle frappait les lecteurs de ce journal, et bientôt trois nouvelles observations presque rédigées dans les mêmes termes et analogues dans leur teneur venaient s'ajouter à cette première.

Notre attention fut également attirée sur ce sujet particulier, et, étant à même d'avoir des renseignements personnels sur la malade qui faisait le sujet de la première observation, nous résolûmes de profiter de l'occasion qui nous était offerte pour étudier ce point encore si controversé de la pathologie. Lorsque nous commençâmes les recherches à ce sujet, nous ne tardâmes pas à nous apercevoir que les auteurs n'étaient pas à l'unisson et que, tandis que les uns admettaient franchement comme entité morbide l'ascite idiopathique, les autres, et nous devons le dire, les plus modernes et des meilleurs, étaient d'accord pour la rejeter dans le cadre sémiologique.

Notre embarras fut grand, en face de ces diversités d'opinion, car par la nature même de nos études, nous nous trouvions placé dans un milieu relativement défavorable. En effet, admettons, ainsi que nous en rapportons un exemple, que dans un service hospitalier, un malade ascitique soit soumis à notre observation; que l'affection dont il est porteur ne paraisse relever *pour l'instant* d'aucune cause bien déterminée, aussitôt qu'il se sentira mieux, aussitôt que le liquide sera en tout ou partie disparu, il ne tardera pas à quitter le service et alors se dérobera à notre

observation ultérieure. C'est presque un fait de perdu, car ainsi que nous espérons le démontrer il peut survenir une détermination morbide, même en dehors du péritoine qui permette dans un avenir plus ou moins éloigné de juger la phénoménalité primitive. Et ce qui contribue à corroborer notre opinion dans ce sens, c'est que, depuis la publication de l'observation que nous avons signalée, il est survenu chez la même malade des symptômes nouveaux mettant la question sur un terrain tout autre que celui sur lequel on avait pu la placer au début.

C'est donc dans la pratique, alors que le médecin suit à de longues distances, et voit à intervalles éloignés un malade dont l'affection l'intéresse, qu'il nous aurait fallu aller chercher ces observations qu'il nous était alors si difficile de recueillir. Mais, en l'absence de cette pratique, il nous était loisible d'interroger les auteurs, et certes ils sont nombreux, qui se sont occupés de l'affection sous un jour ou sous un autre; enfin, la question ayant été portée dans ces derniers temps sur le terrain physiologique et quelques-uns d'entre eux ayant opposé un *non possumus* presque formel aux partisans de l'hydropisie péritonéale primitive, il nous a semblé sinon nécessaire tout au moins intéressant et utile de résumer à ce sujet les travaux les plus récents et de chercher à tirer du chaos des opinions la note vraie de la discussion. C'est ce que nous avons entrepris de faire, espérant trouver dans nos juges leur bienveillance habituelle pour un travail de début dans lequel nous nous efforcerons de faire marcher de pair les leçons cliniques que nous avons reçues et celles que nous avons puisées dans les auteurs dont les opinions serviront de base et d'assises à cette étude.

## CHAPITRE I

Sous le nom d'ascite, (ασχις, outre), on désigne l'épanchement de sérosité dans l'intérieur de la cavité péritonéale. Cette affection a été connue de toute antiquité, et il serait bien difficile de remonter à la source exacte de la première description. Mais si tous les auteurs sont d'accord pour admettre son existence, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'en arriver à l'interprétation.

On sait en effet, que les membranes séreuses, plèvre, tunique vaginale, péritoine, réagissent bien rarement d'une façon primitive et que sous cet épanchement plus ou moins abondant se cache le plus souvent une épine qui est la cause directe de l'hydropisie, comprise dans son sens le plus général. C'est l'étude de ces causes qui a le plus préoccupé les auteurs et c'est bien plus comme syndrome que comme affection primitive qu'ils ont décrit cette hydropisie.

Disons même que, pour l'ascite en particulier, les causes productives sont de notion relativement récente et que c'est à la connaissance de la structure des viscères abdominaux et de leurs affections et aux progrès incessants de l'anatomie pathologique que la science est redevable des résultats acquis touchant la précision du diagnostic et partant du pronostic. Avant, du reste, d'aller plus loin, il est nécessaire de savoir comment fonctionne une séreuse et, parmi celles-ci, le péritoine. Bien entendu, il ne rentre pas dans notre intention de décrire ici minutieusement les parties constituant ces membranes, c'est bien plutôt une vue d'ensemble que nous voulons présenter.

Tout le monde sait qu'une séreuse est un sac sans ouverture, une sorte de bonnet de coton, ainsi que Bichat l'a dit pour la plèvre, qui chargé par ses feuillets de tapisser les divers parenchymes, les isole des parties environnantes et permet leurs mouvements de libre locomotion vis-à-vis des organes de voisinage. Le feuillet viscéral et le feuillet pariétal de la plèvre favorisent d'une part la libre dilatation des alvéoles pulmonaires, et de l'autre permettent les mouvements d'élévation ou de descente des organes respiratoires ; les deux feuillets du péricarde toujours opposés par leur surface interne facilitent les mouvements de retrait et d'ampliation du cœur ; de même pour la tunique vaginale. Qu'une inflammation survienne et fasse adhérer ces deux feuillets, la fonction diminue ; que les adhérences, comme dans les pleurésies totales, se généralisent, les mouvements physiologiques ne s'accomplissent plus, le poumon bridé de toutes parts ne tarde pas à devenir un moignon inerte, refoulé dans l'angle scapulo-vertébral et incapable désormais de servir aux échanges respiratoires.

Le péritoine n'échappe pas à la loi générale qui régit les fonctions des séreuses dont il fait partie et même qu'il représente au premier chef par son étendue considérable. Mais à l'inverse de ses congénères ce n'est plus à un seul organe qu'il est destiné ; c'est à plusieurs viscères et des plus importants qu'il est chargé de fournir les moyens de glissement nécessaires à leur fonctionnement intégral. Par ses mille replis il embrasse les circonvolutions intestinales, il tapisse le foie, il enveloppe la rate ; enfin, chez la femme il a des connexions intimes avec les organes du petit bassin qui jouent un si grand rôle dans la pathologie féminine ; et nous insistons sur ces connexions nous réservant d'y revenir plus longuement tout à l'heure. Il en résulte

donc que la séreuse abdominale devra participer aux altérations des organes dont elle est le revêtement le plus immédiat, et elle sera atteinte de façons différentes.

Prenons quelques exemples pour fixer les idées : un individu est atteint de fièvre typhoïde, au niveau d'une plaque de Peyer ulcérée il se fait une inflammation irritative; le péritoine ne tarde pas à réagir; la séreuse perd son poli; l'épithélium qui la recouvre tombe, le stroma conjonctif qui la compose prolifère et deux anses intestinales peuvent bientôt s'accoler par production et jonction de fausses membranes. De même, les périhépatites sont assez fréquentes; de même, les périsplénites sont d'observation commune. L'inflammation dans les cas précédents est restée sèche, c'est le terme consacré, mais aussi il peut se faire un épanchement.

D'autre part, admettons que les organes enveloppés par le péritoine restent indemnes; celui-ci ne pourra-t-il pas devenir le siège primitif d'un état morbide? Evidemment; mais dans quel cas? De suite nous répondrons: sous l'influence d'une maladie générale. Ainsi un individu est tuberculeux, même alors qu'il n'existe rien dans les poumons; les granulations tuberculeuses pourront envahir la séreuse suivant le trajet des vaisseaux et la péritonite tuberculeuse se trouvera constituée; de même pour le cancer et bien que le carcinome primitif de l'épiploon soit assez rare, il en existe aujourd'hui assez d'observations pour qu'on ne puisse plus se permettre de le révoquer. Dans ces cas, généralement la membrane séreuse trahit sa souffrance, en dehors du produit morbide qui vient s'enter sur elle par l'épanchement dans sa cavité d'un liquide qui varie dans sa nature avec le produit qui en est la cause originelle.

Jusqu'ici rien que de très simple et ces diverses inflam-

mations, qu'on nous permette d'employer ce mot qui n'est pas tout à fait exact, mais qui par son sens général peint bien notre pensée, des diverses inflammations, disons-nous, sont admises par tous les auteurs et il ne saurait en être autrement, vu l'évidence des faits. Mais nous arrivons à un point de controverse : la séreuse peut-elle d'elle-même, sous son influence propre, sans altération de voisinage, réagir et donner lieu à l'épanchement caractéristique, et cet épanchement peut-il être considéré comme une entité morbide indépendante, en d'autres termes, l'ascite peut-elle être dite idiopathique, essentielle ou primitive, autant de mots qui sont synonymes dans le langage médical ? Question dont il serait difficile de se dissimuler l'importance, car elle entraîne avec elle des différences de pronostic tellement graves, qu'on peut facilement comprendre, ainsi que nous espérons le démontrer, qu'une simple question de doctrine puisse avoir en pratique, et c'est là le but de la médecine, des conséquences considérables suivant qu'elle sera tranchée dans un sens ou dans un autre. La gravité est en effet des plus grandes : prenons un exemple parmi les observations que nous allons rapporter.

Une jeune fille souffre d'une ascite qui dure depuis plusieurs années; sous l'influence d'une idée régnante, le médecin consulté dénie, et il a le plus souvent raison il faut le dire, à cette affection tout titre d'essentialité qui dans l'espèce est ordinairement synonyme de curabilité, porte un pronostic fatal et ne se décide à enlever le liquide épanché que lorsque le sujet est épuisé par les ralentissements de fonction qu'entraîne avec lui l'épanchement et par les lésions secondaires qu'il a pu déterminer. Ne pourrait-il pas compter un succès alors que, s'il avait agi plus

tôt, il aurait pu peut-être guérir la malade. Ou même encore, après avoir annoncé une issue fatale, qu'il ait l'heureuse chance de voir le sujet recouvrer la santé; ne perdrait-il pas par ce fait, même vis-à-vis de l'intéressée, une grande partie de ce prestige qu'il doit conquérir par la mise en pratique d'idées justes contrôlées par des pronostics sûrs que des données scientifiques exactes lui ont permis de porter. Autant de questions qu'il est permis de poser, et que nous allons essayer de résoudre au point de vue particulier qui nous occupe.

Mais auparavant, il est nécessaire de bien déterminer ce que l'on entend par *ascite idiopathique*. Donner une définition, même en serrant le texte de plus près, n'est pas chose facile. Définirons-nous cette variété avec Besnier(1), « une véritable maladie, ayant une existence propre et indépendante, pouvant résulter directement d'une impression morbifique et n'étant subordonnée à aucun autre état morbide préexistant », ou encore, nous sera-t-il permis en conservant au langage médical son degré de précision, d'appeler idiopathique « une maladie qui ne paraît pas déterminée par une lésion d'organe accessible à nos sens(2) ». Nous avouons que la première de ces définitions nous satisfait davantage que la seconde en ce sens qu'elle est beaucoup plus rigoureuse. D'autre part, dans certaines ascites dues à des congestions vasculaires des organes du petit bassin, faits assez rares mais qui existent, où sera l'impression morbifique du premier et la lésion accessible à nos sens du second. Il faut convenir que les faits cli-

(1) Besnier. Art. Ascite. Dict. encycl. des sciences méd., 1<sup>re</sup> série, p. 410.

(2) Gintrac. Art. Ascite. N. d<sup>r</sup> de méd. et chir., t. III, p. 472.

niques se prêtent mal à une définition qui veut les classer dans une même formule, alors qu'ils s'y refusent par leur variétés infinies. Aussi, contentons-nous pour le moment, d'un à peu près : restons dans un doute prudent et décrivons les symptômes de l'ascite *dite* idiopathique ; donnons d'après les observations un résumé fidèle de la question avant d'en arriver à l'interpréter, et à la rejeter ou à l'admettre en tant qu'entité morbide indépendante.

## CHAPITRE II.

« L'anatomie pathologique nous révèle que l'hydropisie idiopathique ou primitive par simple lésion de sécrétion, indépendamment de toute phlegmasie des membranes séreuses, indépendamment de toute lésion des organes contenus dans la cavité splanchnique qui est le siège de l'hydropisie, est excessivement rare et que par conséquent, dans le plus grand nombre des cas, le diagnostic clinique d'une hydropisie ne doit pas se borner à constater l'existence d'un épanchement, mais qu'il doit s'élever à la détermination de la cause organique qui l'a produite ». Ces paroles mémorables d'un des plus grands médecins de notre siècle, nous avons nommé Cruveilhier, nous font déjà pressentir que l'ascite idiopathique ne doit pas être très commune, si tant est qu'elle existe. Aussi, réservant pour plus tard l'étude des doctrines, emploierons-nous de préférence ainsi que nous l'avons dit, la qualification d'ascite *dite* idiopathique qui ne préjuge rien et permet à la définition clinique de s'effectuer sans entraves.

L'âge auquel survient cette affection paraît être assez bien fixé et si l'on veut bien se reporter à nos observations qui, croyons-nous, sont des types que ne renieraient pas les partisans de l'essentialité, on verra que c'est entre 13 et 25, 30 ans qu'elle est la plus commune. Un motif sur ces observations avant d'aller plus loin : nous venons de dire que nous nous croyions autorisés à les regarder comme des types du genre; c'est qu'en effet, outre l'impossibilité où l'on a été tout au moins dans le premier groupe de constater la lésion organique productive, elles ont guéri et que la guérison est une terminaison si rare des ascites dites secondaires qu'il n'est jamais ou presque jamais donné de l'observer. C'est donc chez des individus jeunes que l'épanchement ascitique se produit; de plus, nous devons ajouter que les femmes paraissent être beaucoup plus prédisposées à cette variété d'ascite que les hommes. C'est un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord.

« C'est dans le péritoine que j'ai eu le plus souvent l'occasion d'observer des ascites idiopathiques, dit Cruveilhier, et presque toujours chez de jeunes personnes à l'époque de la puberté ou dans les années qui la suivent : j'appellerai volontiers cette hydropisie *ascite des jeunes filles* ». Tous les auteurs les plus recommandables, Grissolle, Jaccoud, Gintrac, etc., ayant contrôlé cette assertion, le fait reste donc acquis : retenons-le. Nous pourrions ajouter que Wolff (1), dit en avoir rencontré plus de cent cas chez les enfants, mais nous ne ferons que signaler ses observations, qui sont si peu probantes qu'elles ont été prises à partie par tous les auteurs. Ceci nous amène à parler

(1) Wolff. Bulletin des sciences méd., 1829, t. XVI, p. 426.

du degré de fréquence de l'affection. Sur ce sujet, même les auteurs les plus partisans de l'essentialité sont unanimes à déclarer que les ascites idiopathiques sont très rares; aussi devient-il fort difficile, sinon impossible de fournir une donnée statistique même approximative.

Ainsi, au moment de la puberté, chez les femmes ou les jeunes filles mal réglées ou non encore pubères: telles sont les conditions de temps ou de sexe qu'il est le plus souvent donné d'observer. Ajoutons qu'on l'observe encore chez les adolescents, de 15 à 25 ans; c'est un point particulier sur lequel nous aurons à nous expliquer.

L'ascite dite idiopathique peut, suivant les auteurs, débiter d'une façon aiguë et d'une façon chronique; ainsi, « il existe dans la science quelque faits bien avérés d'ascites primitives développées subitement à la suite du froid ou de l'usage des boissons glacées, sans albuminurie concomitante (1): »

Ces faits sont très rares; nous n'en avons pas rencontré d'observation probante et sans les considérer comme non avenus, nous les écarterons de notre description, étant donné qu'ils relèvent le plus souvent d'une affection rénale. Les auteurs qui les ont cités ont raisonné par analogie; ils ont donné l'exemple de ces chiens qui couverts de sueur traversaient une rivière à la nage et chez lesquels se produisait subitement une ascite, probablement par troubles vaso-moteurs du côté du péritoine; chez l'homme, répétions-le, on n'a presque jamais eu l'occasion de les observer.

Dans la grande majorité des cas voici comme les choses

(1) Fernet et Straus. Annotation au Traité de diagnostic méd. de Racle, 5<sup>e</sup> édit., p. 509.

se passent : une jeune fille, assez souvent mal réglée, ou sur le point de l'être, quelquefois chlorotique, ou à la suite d'une suppression de règles, voit sa santé générale devenir chancelante sans qu'il y ait du reste de mouvement fébrile.

Bientôt la malade s'aperçoit du volume inusité de son ventre qui est le siège d'une pesanteur anormale ; les vêtements deviennent trop étroits, la ceinture demande à être élargie, et c'est alors que le médecin appelé constate la présence d'une ascite.

Généralement les symptômes généraux se bornent à de l'anémie, à une faiblesse croissante.

Le ventre inspecté, outre les signes propres de l'ascite, tels que fluctuation, matité, n'offre aucun autre signe bien particulier. Dans ces circonstances, le premier soin du médecin qui se trouve en présence de l'ascite est d'examiner les urines qu'il trouve du reste sinon complètement normales, mais tout au moins dans lesquelles les diverses réactions usitées ne peuvent déceler la présence de l'albumine. Le cœur est sain, il n'y a aucune altération organique de ce côté, du reste l'œdème des jambes aurait précédé s'il ne prédominait pas, bien que chez certaines chlorotiques, chez certaines femmes affaiblies, il puisse après un fort travail se montrer dans la soirée, mais il est toujours peu marqué dans ces cas ; enfin, lorsque l'ascite existe depuis longtemps elle peut par elle-même l'occasionner en comprimant les troncs veineux abdominaux. L'investigation de ce côté restant négative au point de vue de la constatation d'une lésion productrice, un des premiers organes à examiner est le foie ; lorsque l'épanchement abdominal est considérable, il n'est pas toujours facile de se rendre compte exactement du volume ou des variations de ce viscère ; mais vient-on

à faire une ponction, et à rendre au ventre sa souplesse ordinaire, les sensations tactiles devenant délicates et efficaces, on pourra constater qu'il est normal, et de plus ajoutons que la rate est également dans les conditions habituelles. Nous insistons sur ce dernier point : nous avons bien trouvé dans les auteurs de nombreuses observations d'ascites guéries, et la guérison est assez bien synonyme d'essentialité dans l'affection que nous décrivons; on pourrait donc s'étonner de ce que nous ne les rapportons pas, semblant ainsi refuser d'asseoir notre étude sur les bases les plus larges. Mais dans ces cas l'influence maremmatique était expressément notée, et les modifications du volume de la rate, sous l'influence du miasme paludéen ou sous l'action du sulfate de quinine permettent facilement de trouver une cause directe à la production de l'épanchement abdominal ou à la guérison de celui-ci pour qu'il soit nécessaire d'y insister davantage. La rate et le foie, le cœur et les reins sont donc sains, les ganglions mésentériques ne paraissent pas hypertrophiés car cette constatation en effet est toujours difficile, et de plus leur hypertrophie ne se montre guère que dans l'enfance ou alors sous l'influence de maladies générales : adénie, leucocythémie qu'il est toujours facile de diagnostiquer. Enfin l'individu n'est pas tuberculeux; cependant il est nécessaire de faire ici des réserves : bien des ascites, croyons-nous, sont dites à tort essentielles, même lorsqu'elles guérissent, alors qu'elles sont dues tout simplement à des granulations tuberculeuses; c'est un fait qui appellera la discussion.

A cette période, le ventre ayant acquis un volume considérable, les phénomènes connexes ou de voisinage ne tardent pas à se montrer, ils existent du reste dans toutes les variétés d'ascite aussi bien secondaires que primitives. Les

digestions se font mal, l'intestin et l'estomac étant gênés par cette masse liquide qui joue par rapport à eux le rôle d'un corps étranger qui les refoule et entrave leur liberté d'action si nécessaire à l'accomplissement régulier des phénomènes physiologiques de la digestion et de l'absorption.

Le diaphragme étant refoulé, la respiration prend le type costal supérieur; elle est courte, pénible, haletante, entrecoupée. Le médecin peut alors craindre pour la vie de la malade et deux cas peuvent se présenter : ou l'ascite va rétrocéder, ou à la suite d'une ponction la guérison va survenir.

La durée de cette première période est toujours longue, surtout lorsque dès le début l'ascite a évolué chroniquement, elle peut durer deux mois, six mois, deux ans, néanmoins il est une chose à noter, c'est que, lorsque la guérison spontanée doit survenir, elle coïncide presque toujours sinon avec le rétablissement d'une fonction d'excrétion, tout au moins avec l'exagération relative de cette fonction. En première ligne nous devons mentionner l'activité exagérée de la sécrétion urinaire.

Ici, les auteurs qui n'admettent pas l'ascite idiopathique ont une foule d'arguments à son endroit. Un malade est porteur d'une néphrite interstitielle; les urines, ainsi qu'il arrive quelquefois dans cette maladie sont indemnes d'albumine et sont excrétées d'une façon exagérée; tout à coup, fait rare mais qui peut se montrer, sous un influence quelconque, un refroidissement par exemple, il survient un épanchement abdominal, l'affection brightique étant restée jusqu'ici méconnue. Mais avec cet épanchement toujours peu abondant coexiste, s'il ne le précède pas, une œdème des paupières et des membres inférieurs; en outre l'albumine ne va pas tarder à se montrer et donner la caractéristique

de l'affection causale : Enfin les sujets de nos observations sont des individus jeunes, des femmes chez lesquelles la néphrite interstitielle est fort rare d'une façon générale, et surtout à cette époque de l'existence.

C'est donc, dans la grande majorité des cas, par un flux urinaire exagéré que se juge, lorsqu'elle doit guérir, *proprio motu* l'ascite dite essentielle et assez souvent cette sécrétion exagérée de l'urine est accompagnée d'autres phénomènes de même ordre : on a noté des sueurs profuses et même une expectoration séro-muqueuse, une diarrhée séreuse abondante. Au point de vue physiologique ces phénomènes semblent tout naturels ; l'organisme faisant effort pour se débarrasser de la trop grande quantité de liquide qui le gêne s'adresse à ses émonctoires naturels et en premier lieu se place la sécrétion urinaire. Nous savons que pendant presque toute la durée de l'ascite, celle-ci s'était ralentie ; il ne faudrait donc pas conclure de ce phénomène que les reins étaient malades et leur attribuer la cause de l'ascite improprement appelée alors primitive. Il est facile de comprendre que, lorsqu'il se fait journellement dans la cavité abdominale un épanchement de liquide, la sécrétion urinaire devra forcément se trouver ralentie, par suite du système de compensation si bien établi dans l'organisme. D'autre part la sécrétion urinaire a pour corrélatrice la sécrétion de la sueur ; l'homme qui transpire beaucoup n'urine guère et les auteurs qui se sont occupés de cette intéressante question ont fait voir que les glandes sudoripares équivalaient en volume à un demi-rein (Küss et Mathias Duval).

Nous savons aussi que chez les urémiques la sueur se charge d'urée. Nous avons parlé de diarrhée séreuse ; disons pour terminer que cette fonction dans la circonstance est

bien supplémentaire, sinon corrélative de la sécrétion urinaire, car tout le monde sait qu'il faut absolument respecter les diarrhées des brightiques, alors que se ralentit l'excrétion de l'urine.

Sous l'influence de ces sécrétions exagérées, de ces flux anormaux et critiques dans le sens médical du mot, l'épanchement diminue peu à peu, le ventre devient plus souple et au bout d'un laps de temps assez difficile à préciser, mais qui évolue toujours entre 20 et 40 jours, l'ascite a complètement disparu.

Phénomène capital : le plus souvent chez les femmes les règles s'établissent et la fonction s'accomplit normalement, ou chez celles qui n'étaient pas encore réglées la menstruation apparaît et se montre régulièrement périodique.

Et même pendant les premiers temps qui suivent la guérison, la menstruation peut être très abondante, participant au même titre que le flux urinaire aux phénomènes de rétablissement.

L'organisation semble alors sortir d'une crise et en sortir victorieuse. Si nous en croyons nos observations (1<sup>er</sup> groupe), qui se rapportent tout spécialement à des jeunes filles dont la santé ultérieure a été le sujet d'une observation de plusieurs années, la récurrence de l'affection ne serait pas à craindre ; mais nous parlons surtout au point de vue de l'ascite des jeunes filles.

Lorsque la guérison n'est pas précédée ou accompagnée d'un flux abondant et que l'épanchement cède peu à peu, il y a croyons-nous des réserves à faire au point de vue spécial du pronostic sur lequel nous nous réservons du reste de bientôt insister.

Enfin, deuxième cas, le médecin en arrive à la ponction, soit simple, soit accompagnée ainsi qu'on le faisait autre-

fois d'injections irritantes dans le péritoine, pratique qui est aujourd'hui presque entièrement proscrite. Le plus souvent, non toutefois dans la majorité des cas, la ponction n'est pratiquée que lorsque le liquide gêne beaucoup les fonctions digestives et respiratoires par son extrême abondance. Il n'est pas rare de voir retirer, dans ces cas, de la cavité abdominale 10, 12 et même 14 litres de liquide. Celui-ci offre les caractères du liquide ascitique ordinaire, il est limpide, citrin et ne contient ni sang ni pus. Dans certains cas on peut voir le liquide se réformer, mais presque toujours en moindre quantité que précédemment ; du reste, le plus souvent, il n'est pas nécessaire lorsque la malade doit guérir d'intervenir une deuxième fois. L'épanchement ascitique nouveau ou le reliquat de l'ancien se résorbe et peu à peu la guérison survient comme devant. A ce propos nous croyons que si l'affection n'avait pas dû guérir d'elle-même ou aidée par la ponction, les injections iodées, la compression graduée de l'abdomen auxquelles les auteurs semblent exclusivement rapporter certains succès, n'auraient pas réussi à enrayer sa marche. Nous avons lu attentivement les observations nombreuses relatées à ce sujet et, lorsqu'il était question d'une ascite consécutive par exemple à une cirrhose hépathique, l'injection iodée en particulier restait absolument inefficace, quand elle n'emportait pas la malade de péritonie suraiguë.

Nous devons maintenant parler du diagnostic de la maladie, ou plutôt le diagnostic positif ascite étant de la plus grande facilité, chercher à différencier l'ascite dite idiopathique de l'ascite vulgaire deutéropathique qui est de beaucoup la plus commune. Mais nous croyons que c'est à l'exposé des doctrines et de la discussion qui l'accompagnera qu'il faut renvoyer le diagnostic différentiel et son

coollaire obligé, le pronostic, qui, comme nous l'avons établi, est ici d'une si haute importance; de même pour le traitement qui ne saurait être efficace, s'il n'était pas rationnel. Il ne faut pas oublier du reste que nous avons vécu sur un terrain de convention et que nous n'avons pas encore jusqu'à présent le droit de dire si l'ascite idiopatique existe véritablement ou si elle doit être rejetée.

### CHAPITRE III

« A une époque où les sciences physiques appliquées à la médecine vont trouver à un juste titre un si grand et légitime crédit, il devient plus nécessaire que jamais d'apporter à l'étude des faits vitaux une précision aussi grande que possible et de débarrasser la pathologie du cortège trop nombreux de banalités oiseuses et d'assertions hypothétiques dont elle est encombrée (1). » Et ceci à propos de l'ascite idiopathique. On ne saurait mieux dire, tout en ne préjugant pas la question, et c'est guidé par cette réserve que nous allons entreprendre dans la mesure de nos forces de chercher à éclairer ce point encore obscur. Et, pour ce faire, il importe au plus haut degré de rapporter les opinions des auteurs qui jouissent dans la science d'une autorité légitime. Disons néanmoins qu'à ce point de vue, nous n'irons rien prendre dans le siècle écoulé, étant donné qu'à cette époque beaucoup d'affections qui étaient considérées comme essentielles sont aujourd'hui rentrées et depuis longtemps dans le cadre séméiologique.

(1) Besnier. *Loco citato*.

Voici ce que décrit Cruveilhier (1), ce maître déjà cité, qui toujours a vu juste et qui souvent a émis une opinion qui, passée inaperçue et sommeillant pendant de longues années, a vu le jour sous le couvert d'un autre nom que le sien, alors qu'en le lisant on eût pu s'éviter la peine d'éditer comme nouveau ce qui n'était qu'inconnu de l'auteur qui le révélait. « L'anatomie pathologique nous révèle que l'hydropisie idiopathique ou primitive par simple lésion de sécrétion, indépendamment de toute phlegmasie des membranes séreuses, indépendamment de toute lésion des organes contenus dans la cavité splanchnique qui est le siège de l'hydropisie, est excessivement rare et que par conséquent, dans le plus grand nombre des cas, la diagnostic clinique dans l'hydropisie ne doit pas se borner à constater l'existence d'un épanchement, mais qu'il doit s'élever à la détermination de la cause organique qui l'a produite.

« Et cependant gardons-nous de révoquer en doute l'existence des hydropisies idiopathiques des membranes séreuses, lesquelles hydropisies ne peuvent pas plus être contestées que l'œdème primitif du tissu cellulaire. Une membrane séreuse est un organe sécréteur ; c'est-à-dire un organe dont les fonctions de sécrétion sont tantôt exagérées et tantôt diminuées ; or, il est impossible d'admettre que l'exagération de sécrétion ne puisse être produite que par l'intermédiaire d'une lésion organique ou d'une phlegmasie. Heureusement que l'anatomie pathologique a de bien rares occasions de constater l'examen d'une hydropisie idiopathique, attendu que ce genre d'hydropisie est parfaitement curable.

« C'est dans le péritoine que j'ai eu le plus souvent

(1) Cruveilhier. Art. Path., t. IV, p. 60-61.

l'occasion d'observer des ascites idiopathiques et presque toujours chez de jeunes personnes à l'époque de la puberté et dans les années qui la suivent; j'appellerai volontiers cette hydropisie *ascite des jeunes filles*. »

Ainsi Cruveilhier est nettement partisan de l'ascite idiopathique, et en particulier, s'il l'a observée, c'est chez les jeunes filles ou dans les années qui suivent la puberté; aussi ne les oublie-t-il pas dans sa définition. Posons un premier jalon : Le péritoine est-il donc un organe sécréteur, puisque c'est dans une anomalie de sécrétion que résiderait pour ce grand maître le secret de la question ? A l'époque où Cruveilhier écrivait ces lignes, presque tous les auteurs n'hésitaient pas du reste à admettre l'existence d'une ascite idiopathique; et c'est aussi l'époque où les traitements les plus divers et souvent les plus inefficaces sont dirigés contre l'ascite en général. Parmi les auteurs qui s'occupaient de cette affection, citons l'opinion de Fouquier (1). « L'épanchement séreux est produit ici encore dans le péritoine, comme il l'est dans la tunique vaginale, chez les sujets atteints d'hydrocèle, par le seul fait d'une hypersécrétion de cette membrane séreuse. La preuve de l'analogie qui existe entre certaines hydropisies ascites que nous appelons essentielles et les hydrocèles, c'est la possibilité de leur guérison; or, évidemment on ne guérirait par aucun moyen une hydropisie dépendant d'une cirrhose ou de toute autre affection organique du foie réputée incurable. » Nous retrouvons encore là, comme chez Cruveilhier, la théorie sécrétoire. A Fouquier, nous nous réservons de répondre par l'exposé des recherches les plus récentes sur l'hydrocèle.

(1) Fouquier. Gaz. des hôp., 1843, p. 86.

Nous arrivons aux auteurs plus modernes; à côté de la négation de Hardy et Béhier, enregistrons l'opinion de Grisolle (1) « L'ascite peut se terminer par la guérison », dit cet auteur, mais il n'y croit guère et plus loin il ajoute : « Nous ne saurions terminer ce sujet sans redire encore combien les ascites idiopathiques sont rares. On ne doit donc jamais manquer dans les cas d'épanchements péritonéaux, d'interroger tous les organes, toutes les fonctions et d'analyser les fluides pour être éclairé sur la cause de la maladie. Il ne faut pas oublier surtout que des ascites en apparence spontanées, survenant rapidement et sans douleur chez des sujets jeunes et au milieu des apparences de la santé, se lient souvent à une grave lésion du péritoine, à la présence de tubercules miliaires. Nonobstant cette altération, quelques malades se rétablissent momentanément, et sont emportés plus tard par une recidive ou par une autre affection tenant à la diathèse elle-même. Il y a une vingtaine d'années, j'envoyai dans les salles de Chomel une jeune fille, forte en apparence, qui avait été prise sans cause connue, d'une ascite remontant alors à quelques semaines. La manière dont l'affection avait débuté, sa marche, l'état actuel de la maladie, la facilité avec laquelle la guérison s'opéra, donnaient à penser que l'ascite était essentielle. Cependant à peine quelques semaines s'étaient écoulées, que cette jeune fille rentrait de nouveau à l'Hôtel-Dieu avec une méningite granulée à laquelle elle succomba. A l'autopsie, on trouva, indépendamment des lésions cérébrales, un grand nombre de granulations miliaires dans le péritoine, qui présentait en

(1) Grisolle. 4<sup>e</sup> édit., t. I, p. 818-820.

Griveau.

autre, quelques fausses membranes et un reste d'épanchement liquide. »

Telle est, à peu près, l'opinion de Graves (1) auquel nous avons emprunté une observation.

Le professeur Jaccoud (2) croit à l'existence d'une ascite essentielle, mais seulement dans quelques faits complètement exceptionnels.

Enfin nous arrivons aux articles de deux auteurs qui sont aujourd'hui toujours cités, lorsqu'il s'agit de l'ascite : nous voulons parler de MM. Gintrac et Besnier.

Le premier de ces auteurs s'exprime ainsi (3) : « Malgré les progrès de la chimie et de l'anatomie pathologique, il existe des exemples d'ascite qui ne dépendent point d'une altération de tissu ; ces exemples ne sont pas très nombreux, j'en conviens, mais ils sont parfaitement authentiques ; ils autorisent à considérer comme légitime la place qu'occupe dans le cadre nosologique l'ascite essentielle ou idiopathique. »

Ainsi donc l'ascite essentielle existerait véritablement, mais ainsi que nous l'avons déjà dit, il serait permis pour l'auteur, d'appeler idiopathique « une maladie qui ne paraît point déterminée par une lésion d'organe accessible à nos sens ». Vienne un auteur non partisan de l'essentialité de l'affection, et bien évidemment il ne pourra se satisfaire de cette définition peu rigoureuse, et *a priori* avant de l'attaquer preuves en mains, la relèguera de par la définition même tout au moins dans un chapitre d'attente ; ce qui du reste est arrivé.

(1) Graves. Clinique méd., t. II, trad. Jaccoud.

(2) Jaccoud. 3<sup>e</sup> édit., t. II, p. 398.

(3) Gintrac. Loc. cit., p. 473.

Après le savant article de M. Gintrac, parut celui non moins étudié de M. Besnier qui est un sérieux adversaire de l'ascite idiopathique et qui engage immédiatement la lutte. M. Besnier n'admet pas qu'on considère comme idiopathique « une affection qui ne paraît pas déterminée par une lésion d'organes accessibles à nos sens, » et il répond : « C'est précisément là ce que nous contestons de la manière la plus absolue ; si l'hydropisie existait communément sans liaison appréciable, si même on l'observait assez fréquemment dans ces conditions, on pourrait admettre la transaction proposée par ce médecin distingué ; mais personne ne le conteste, ces exemples sont d'une extrême rareté ; dans l'immense majorité des cas, l'ascite, comme toutes les hydropisies, est un phénomène secondaire et s'il se présente quelques cas dans lesquels le phénomène primitif ne peut être constaté, on n'a pas plus le droit d'en affirmer l'existence que de la nier pour ces cas particuliers, et le seul moyen de trancher la difficulté consiste à déclarer purement et simplement ce qui est, à savoir : que la condition pathogénique n'est pas connue (1) ». Aussi, sans nier d'une façon catégorique, Besnier range l'ascite idiopathique dans un chapitre de réserve et certainement ne croit guère à son existence.

Les auteurs sont donc divisés en deux camps : d'une part, ceux qui croient à l'existence d'une hydropisie sans lésion d'organes ; d'autre part, ceux qui appliquent à l'ascite ce que dit Littré de l'hydropisie en général : « Du rang de maladie qu'elle avait dans l'ancienne médecine, elle est passée maintenant au rang de symptôme ». Il serait évidemment puéril de faire une addition en partie double,

(1) Besnier. Loc. cit., p. 452.

de prendre la somme de chacune d'elles et d'en faire la différence ; il serait également fort peu scientifique de préférer un nom à un autre, car évidemment ces divers auteurs ne se trouvent pas dans les mêmes conditions. Ainsi, il ne viendra jamais à personne l'idée de contester la haute compétence de Cruveilhier, et cependant celui-ci jouissait-il des mêmes données scientifiques exactes que les auteurs récents auxquels nous venons de faire allusion, alors que la science marche et que la médecine fait de grands pas tous les jours ?

Aussi procéderons-nous d'une autre façon ; chacun de ces auteurs a appuyé son affirmation ou sa négation sur une donnée qu'il croyait vraie : examinons-la, quelle qu'elle soit.

Cruveilhier qui croit à l'ascite idiopathique nous dit : « Une membrane séreuse est un organe sécréteur dont les fonctions peuvent être normales, diminuées ou exagérées ». Or, suivant lui, il est impossible d'admettre qu'une exagération de sécrétion ne puisse être produite que par l'intermédiaire d'une lésion organique ou d'une phlegmasie. — Certainement oui ; mais le péritoine est-il un organe de sécrétion ? Là, réside la question, tout au moins vis-à-vis de l'auteur particulier dont nous nous occupons. A notre avis et nous croyons partager celui de la majorité des auteurs actuels, l'organe sécréteur est celui qui, étant donné le sang liquide vecteur de tous les principes, jouit de la propriété d'en extraire un produit particulier constituant la sécrétion, jouissant de propriétés spéciales, définies, n'ayant pas leur analogue dans l'économie, caractéristiques de cette sécrétion. Certainement cette définition est attaquable à plus d'un point de vue ; si, d'une façon générale elle est bonne pour les glandes, types des organes sécré-

teurs, pourra-t-elle par exemple s'appliquer au rein qui donne un liquide, l'urine, n'ayant pas son analogue dans l'économie et contient des principe constants et particuliers, urée, urates, etc.? L'épithélium rénal forme-t-il ces éléments, les sécrète-t-il en un mot, ainsi qu'on l'a dit, ou bien n'agit-il que pour présider à leur séparation? Autant de questions encore obscures. Néanmoins il est bien difficile de ne pas voir là une sécrétion vraie, un acte continu particulier qui peut s'exagérer, se troubler, mais qui jamais ne s'arrête.

Ces propriétés sécrétoires, le péritoine en jouit-il? Nous ne le croyons pas. La séreuse péritonéale pas plus que les autres séreuses de l'économie ne sont des membranes sécrétantes. Le sécrétat n'est nulle part; à l'état normal en effet il est avéré qu'il n'existe pas de liquide dans le péritoine. Il se fait là une chute épithéliale incessante; les éléments anciens étant remplacés par des éléments nouveaux, produisant un deliquium suffisant pour entretenir une humidité permanente, humectant les deux feuillets et favorisant les glissements physiologiques dans les mouvements de l'intestin ou les organes du petit bassin. Mais ce phénomène ne va pas plus loin et les auteurs qui ont voulu soutenir le rôle sécréteur des séreuses l'ont si bien compris, que, comme Lacauchie, ils ont considéré comme des glandes les petites dépressions qu'on trouve dans les plèvres ou les villosités qui existent à la surface des séreuses articulaires. Certainement, ces membranes ne restent pas inactives et nous ne voudrions pas qu'on fit franchir à l'idée que nous exprimons les limites dans lesquelles nous entendons la renfermer. Il n'existe pas de tissus inertes, et à ce point de vue le péritoine fonctionne et de la façon la plus active. M. Ranvier a démontré que le péritoine, essen-

tiellement constitué par du tissu conjonctif, est une membrane dont les mailles sont autant de trajets lymphatiques.

En examinant au microscope le mésentère et la membrane rétro-péritonéale de la grenouille, on les voit perforés de trous nombreux qui servent si bien à favoriser les échanges, qu'il est souvent donné d'observer au centre ou sur les bords de l'un d'eux une cellule lymphatique arrêtée dans son passage, montrant ainsi d'une manière irréfutable la part active que ces membranes prennent aux phénomènes vitaux. Mais de là, à leur faire jouer un rôle véritablement producteur, alors qu'ils ne sont que des intermédiaires, il y a loin et nous ne pouvons du même coup souscrire à l'opinion de Fouquier : « L'épanchement séreux est produit ici dans le péritoine comme il l'est dans la tunique vaginale chez les sujets atteints d'hydrocèle, *par le seul fait d'une hypersécrétion* de cette membrane séreuse. » Cette dernière opinion est en effet démentie maintenant par des faits ; et le professeur Panas, au sujet de l'hydrocèle, a fait voir que dans les cas où on la considèrait comme essentielle il existait généralement de l'épididymite chronique. La question de la sécrétion et des altérations qui peuvent en découler primitivement, nous paraît donc devoir être nettement tranchée par la négative. Mais faut-il pour cela rejeter l'ascite idiopathique ? Évidemment oui, si l'on s'en tient au point de vue purement théorique ; mais, au point de vue clinique, il y a peut-être autre chose à considérer et devant les cas de guérison bien avérée, sans récurrence ultérieure même à longue échéance, alors qu'il n'existe pas de lésions organiques, on est fortement tenté de l'admettre.

Nous avons fait pressentir que nous diviserions la va-

riété d'ascite que nous étudions en deux groupes : l'une survenant chez les jeunes filles au moment de la puberté, l'autre survenant également le plus souvent chez les personnes jeunes des deux sexes mais sous une influence particulière qu'il nous sera très facile de déterminer.

Plaçons-nous au premier point de vue et étudions l'ascite idiopathique des jeunes filles, ainsi que l'a nommée Cruveilhier. Si l'on veut bien considérer les observations qui forment notre premier groupe, on verra facilement que c'est presque toujours dans les mêmes conditions qu'est survenu l'épanchement abdominal.

Il est de notoriété scientifique qu'à une certaine période de l'existence de la jeune fille, entre 12 et 18 ans, il se fait du côté des organes du petit bassin un travail tout particulier de congestion utéro-ovarienne qui a pour aboutissant la première menstruation. Généralement celle-ci s'établit bien, car c'est là une fonction physiologique, mais aussi quelquefois les règles ne viennent pas, ou si elles viennent, elles viennent mal, ou encore elles se suppriment une fois établies. Et ici nous suivons pas à pas les observations cliniques. C'est dans ces conditions qu'on voit apparaître l'ascite; parfois en peu de jours elle est complète, lors de suppression brusque des règles; le plus souvent elle débute insidieusement, puis augmente peu à peu et enfin reste stationnaire. On appelle le médecin qui examine la malade et ne constate en dehors des symptômes inhérents à l'épanchement qu'un trouble des fonctions utérines. Il ordonne alors des drastiques, des diurétiques, bonnes préparations qui excitent la sécrétion urinaire qui est toujours un peu ralentie vu la quantité considérable de déperdition liquide dans l'abdomen. En même temps il conseille les reconstituants, vin de quinquina, préparations de fer, bonne ali-

mentation, etc. Or, il est un fait d'expérience, c'est que le meilleur traitement de l'aménorrhée ou de la dysménorrhée chez les jeunes fillees ou chez les jeunes femmes consiste dans les reconstituants de toute nature. Quelquefois ces remèdes produisent l'effet désiré; sous leur influence l'état général s'améliore, les règles se rétablissent, l'ascite diminue; le rein reprend le liquide abdominal, étant donné qu'il est un des émonctoires les plus puissants de l'économie; il survient de véritables débâcles urinaires, qui, ainsi que nous l'avons exposé dans la partie clinique de ce travail, peuvent s'accompagner de sueurs profuses, de diarrhée séreuse, etc.; tous phénomènes d'excrétion supplémentaire. Et la malade guérit.

Etant donné ces cas particuliers, il ne répugnera à personne d'admettre, le fait clinique étant vrai, que sous l'influence d'une congestion, permanente ou intermittente, mais suffisamment prolongée, des organes du petit bassin, congestion qui se traduit cliniquement par de la pesanteur abdominale, des douleurs lombaires, par l'aménorrhée ou la dysménorrhée, il ne répugnera à personne, disons-nous, d'admettre qu'il puisse se produire un épanchement séreux dans la cavité abdominale, susceptible de résorption lorsque la congestion aura disparu, lorsque la fonction se sera rétablie. D'où l'on peut tirer le corollaire suivant : en observant que chez les femmes plus âgées dont nous rapportons l'histoire, l'ascite existait déjà depuis longtemps et que, du reste, elles se trouvent exposées également aux perturbations utéro-ovariennes, l'épanchement abdominal peut être rapporté à la même cause lorsqu'il a guéri et qu'il n'existe pas d'affection organique concomitante. Mais dans certains cas la paracentèse devient nécessaire. Il est possible en effet que, lorsque le péritoine ren-

ferme de 15 à 20 litres de liquide, la nature ne soit pas toujours assez forte pour faire à elle seule tous les frais de sa disparition, même aidée par une médication appropriée. En effet, par ce fait même de l'existence du liquide, toutes les fonctions et en particulier l'assimilation s'accomplissent mal; la paracentèse est indispensable pour obtenir la guérison, à moins toutefois, et ceci peut arriver, que l'état général soit devenu tellement mauvais que les organes comprimés ou déplacés ne puissent pas récupérer leurs fonctions primitives à un degré suffisant. Le ventre vidé, la malade ira mieux et la menstruation ne tardera pas à se régulariser. Si la congestion utéro-ovarienne est éteinte, pourquoi, si celle-ci ne se montrant pas à nouveau, le liquide se reproduirait-il?

Voici, croyons-nous, comment il convient d'interpréter cette variété d'ascite, à laquelle nous ne répugnerions pas de donner le nom d'idiopathique, à condition qu'on le fît suivre du qualificatif féminin qui porte en lui-même une indication causale.

Enfin, il est une deuxième variété d'ascite curable qui mérite maintenant d'appeler notre attention. Souvenons-nous de l'observation de Grisolle: Jeune fille prise sans cause connue d'ascite, guérissant et faisant croire à une ascite essentielle, puis venant mourir d'une méningite granulée à quelque temps de là, dans le même hôpital. Et à l'autopsie on trouva « indépendamment des lésions cérébrales, un grand nombre de granulations miliaires dans le péritoine. »

Dans notre observation 10 (deuxième groupe) la jeune fille qui a guéri de son ascite avait perdu un frère de tuberculose pulmonaire, et elle-même a eu plus tard du côté de la colonne vertébrale des accidents qui, si l'on en croyait

Nélaton, toucheraient de bien près à la tuberculose. L'individu qui fait le sujet de notre deuxième observation, qui a guéri de son ascite, n'était-il pas tuberculeux ou en passe de le devenir? Et pourtant la guérison est survenue. L'ascite était-elle donc idiopathique? Nous pouvons dans ce cas raisonner par analogie et émettre plus d'une hypothèse. Il est un fait parfaitement établi et sur lequel Trousseau a surtout insisté, c'est que chez les individus atteints de tuberculose pulmonaire, surtout au début, il peut se faire de grands épanchements pleuraux, d'un liquide séreux, clair et limpide, qui augmentent, restent stationnaires, finissent par décroître et au bout d'un certain temps guérissent complètement. Le malade se croit sauvé; le médecin espère pour son malade une bonne santé ultérieure, et quelque temps après, quelquefois à plusieurs années de distance, la tuberculose réapparaît et emporte le malade.

Ces faits sont aujourd'hui parfaitement établis et se passent de commentaires. S'est-il fait là une simple congestion vasculaire irritative sous l'influence du tubercule sous-pleural qui, comme on le sait, vient siéger autour du vaisseau, cela est probable; cette congestion vasculaire précède-t-elle parfois, ainsi qu'on l'a dit, la poussée tuberculeuse et s'éteint-elle sur place sans que le tubercule se produise, cela est possible. En tous cas s'il ne rentre pas dans le cas particulier que nous nous sommes tracé d'étudier ce point doctrinal, il est absolument certain que le fait existe et nous ne faisons que constater des exemples avérés. Et même plus encore, étant donnée la fréquence de quelques tubercules crétaçés qu'on trouve à l'autopsie et assez souvent, d'individus morts dans un âge avancé et d'affection tout à fait étrangère à la tuberculose, l'épan-

chement ayant disparu, ne pourra-t-il pas ne plus survenir, la santé ultérieure demeurant bonne.

Aussi admettra-t-on sans peine que chez les jeunes sujets, il peut survenir par suite d'une congestion vasculaire considérable de nature tuberculeuse. ou sous l'influence de tubercules vrais disséminés sur la séreuse, un épanchement ascitique susceptible de résorption au même titre que les épanchements pleuraux dus à la même cause et se terminant par la guérison.

#### CHAPITRE IV

Arrivés à ce point de notre travail, il ne nous reste que peu de choses à dire. Nous avons établi les conditions dans lesquelles se produisait l'ascite dite idiopathique ; nous avons fait voir qu'elle était surtout fréquente chez les jeunes sujets et en particulier chez les jeunes filles ; il ne nous reste plus désormais qu'à parler de la façon dont on reconnaîtra les deux variétés que nous avons établies ; du diagnostic découlera le pronostic et enfin le traitement suivra ce dernier.

Etant donné un sujet jeune et porteur d'une ascite, à quoi reconnaîtra-t-on la nature et la curabilité de celle-ci ? Si la jeune fille qui en est atteinte n'est pas encore menstruée, si elle l'est mal, ou si les règles se sont supprimées, si l'ascite est survenue lentement dans les deux premiers cas, si dans le troisième elle s'est effectuée plus rapidement, si en outre l'état général reste bon tout au moins au début, s'il n'y a pas de signes sensibles de tuberculose ou de prédispositions héréditaires, il est fort probable qu'on

se trouvera en présence d'une *ascite idiopathique des jeunes filles*, et le pronostic devra être favorable dans la majorité des cas.

Dans ces circonstances tranchées, on ne pourrait guère la confondre avec aucune autre variété. Nous avons parlé de l'*ascite a frigore*; celle-ci est des plus rares à l'état aigu, et lorsqu'elle survient après un refroidissement prolongé, les urines sont presque toujours albumineuses.

En dehors de cette variété, on pourrait peut-être songer à une ascite due à l'*intoxication maremmatique*, ainsi qu'on en a rapporté des exemples, mais les antécédents, la coïncidence de mouvements fébriles intermittents jugent de suite la question.

A cet âge on ne pensera guère à une dégénérescence strumeuse des ganglions mésentériques comprimant la veine cave inférieure ou les veines iliaques; il est fort probable que la localisation se serait déjà produite; en tous cas elle aura le plus souvent été précédée d'accidents de même nature qui éclaireront le diagnostic.

Quant aux affections hépatiques, à la cirrhose alcoolique, elle est peu fréquente à cet âge de la vie, bien qu'on en ait publié des exemples en Angleterre; la marche particulière de l'affection, le développement considérable des veines sous-cutanées abdominales, les antécédents, seront suffisants pour établir le diagnostic qu'accompagnera un pronostic fatal.

Quant à la syphilis hépatique, on aura toute la série des accidents secondaires, et sa curabilité sous l'influence de l'iodure de potassium.

Le diagnostic de la première variété, ascite idiopathique des jeunes filles, est donc relativement facile à établir, mais en est-il de même de la seconde, de l'ascite curable chez

les tuberculeux. Nous excluons de suite les individus mâles de la question, vu chez eux l'absence de la première variété. Nous croyons donc que le problème doit être posé de la façon suivante: étant donnée chez une jeune fille une ascite, qui ne paraît liée à aucune affection viscérale proprement dite. et qui même guérit, déterminer si cette ascite n'est pas liée à des troubles génitaux, mais bien plutôt à la tuberculose, soit potentielle, soit effective.

Là est le nœud de la question, et nous croyons que souvent il sera difficile de le trancher. Evidemment si l'ascite paraît être survenue nettement sous l'influence des troubles menstruels, que la santé soit très florissante, que rien dans les antécédents ne fasse soupçonner la tuberculose, que le traitement guérisse l'ascite, que la santé longtemps après continue à être bonne, il y aura lieu de penser qu'on se trouvera en face d'une ascite du premier groupe.

Mais il faut bien savoir aussi que la tuberculose trouble au premier chef les fonctions menstruelles, et en voyant la fonction ou mal s'établir, ou se supprimer, ou s'altérer une fois établie et une ascite survenir, on pourra se trouver dans un grand embarras,

C'est sur les antécédents, sur la santé générale qu'il faudra se guider; il faudra observer et suivre la malade pendant de longues années, ce qui malheureusement est, comme nous l'avons dit, fort difficile à faire dans un service hospitalier.

Quant au traitement il variera avec la variété; l'indication générale dans les ascites idiopathiques des jeunes filles sera de soutenir l'organisme par une bonne alimentation et les reconstituants sous les diverses formes, y

compris les préparations ferrugineuses et les bains de mer de courte durée.

Mais s'il y a soupçon de tuberculose, on supprimera le fer comme susceptible de causer des congestions pulmonaires, on donnera l'huile de foie de morue, le biphosphate de chaux, on supprimera les bains de mer.

Enfin, si l'on se décide à faire la paracentèse, on rejettera les injections irritantes dans la cavité péritonéale; on pourra employer comme adjuvant la compression abdominale qui, dans certains cas, a paru donner, associée au traitement général des résultats satisfaisants.

## CONCLUSIONS

1° L'ascite dite idiopathique se produit plus spécialement chez les individus jeunes et en particulier chez les jeunes filles;

2° Dans un premier cas et dans les deux sexes elle est due à la tuberculose péritonéale et se comporte de la même façon que les grands épanchements pleuraux du début chez les tuberculeux, lesquels peuvent se résorber totalement. Le pronostic dans ces cas de guérison de l'ascite, doit être entièrement réservé;

3° Dans un deuxième cas et chez les jeunes filles, il existe une variété d'ascite que Cruveilhier a le premier décrite et qui paraît être sous l'influence des troubles menstruels. Cette ascite est curable et n'entraîne pas de pronostic grave. *S'il est une variété d'ascite qui mérite le nom d'essentielle, d'idiopathique, c'est à celle-ci qu'il faut exclusivement le réserver;*

4° L'ascite dite *a frigore* est extrêmement rare dans le mode aigu ; elle est toujours liée dans les autres modes à une affection rénale et l'albumine qui faisait défaut constamment dans les deux premiers cas, ne manque jamais dans celui-ci ;

5° Le traitement varie suivant les diverses variétés d'ascite.

## PREMIER GROUPE.

### OBSERVATIONS

#### OBSERVATION I.

Ascite idiopathique chez une jeune fille, par le Dr Paul Casaubon (d'Anduze). Gazette des hôpitaux, 23 juillet 1881.

M. Ch. de B... (Ardèche), m'amena sa fille dont l'abdomen, depuis deux à trois mois environ, avait pris les dimensions qu'il acquiert d'ordinaire chez une femme à son huitième mois de grossesse. 16 ans, fluette, toute mignonne, habitant la campagne, ne se livrant à aucun travail pénible, aidant seulement sa mère dans la surveillance des travaux intérieurs de l'exploitation, Mlle Ch. a toujours été d'une bonne santé : elle a eu cependant de légers accidents de chlorose après quelques années passées à la pension.

Il y a donc deux à trois mois (la date ne peut m'être précisée), sans aucune cause appréciable, les règles continuant à couler comme par le passé, toutes les fonctions s'exécutant à merveille sauf un léger ralentissement dans la sécrétion urinaire, Mlle Ch. a vu son ventre grossir, et, dans quinze à vingt jours arriver aux dimensions actuelles. Il y a eu ensuite une période pendant laquelle l'abdomen a paru s'affaïsser et revenir presque à l'état normal : la malade se rappelle avoir eu des transpirations très abondantes. Cela n'a pas duré, et peu à peu l'enflure re-

vient aussi forte que jamais. Il n'y a aucun œdème des membres inférieurs; les gencives, la muqueuse palpébrale, sont très légèrement pâlies. Les forces sont normales; la jeune fille peut faire d'assez longues promenades, ne se plaignant que par intervalles, de ce poids, *de cet horrible ventre*, qu'elle est obligée de traîner partout avec elle (*sic*); pas de dyspnée; souvent des envies d'uriner qui n'aboutissent pas; quelques tiraillements dans les lombes; pas de douleurs dans les flancs. Avec cela, l'appétit est bon; les digestions, en général excellentes; le caractère vif et enjoué comme auparavant. Ma jeune malade, qui me connaît depuis plusieurs années, et qui m'a vu à plusieurs reprises, malgré la distance, appelé auprès de ses parents souffrants, me déclare avec une familiarité enjouée qu'elle compte que je vais la débarrasser au plutôt de cela.

L'estime toute particulière et bien justifiée en laquelle je tiens cette jeune personne, la rapidité d'apparition de la tumeur, sa disparition presque complète à un moment donné, la persistance des règles, me font *a priori* écarter toute idée de grossesse: je suis évidemment en présence d'une ascite. La palpation, la percussion, soigneusement appliquées, ne me laissent bientôt plus aucun doute à cet égard. J'ausculte minutieusement; je ne trouve rien, absolument rien, — à peine un léger bruit de souffle presque insaisissable. — Quelle est donc la cause de l'ascite? la trouverons-nous plus tard dans une altération de l'un des organes renfermés dans la cavité abdominale?

La jeune malade n'a voulu voir jusqu'à présent aucun médecin; elle n'a donc suivi aucun traitement. Je ne cache pas au père mes craintes pour l'avenir; je fais entrevoir la ponction palliative dans un temps peut-être un peu éloigné; enfin je prescris le mélange suivant, à prendre deux fois dans la journée :

|                              |   |                |
|------------------------------|---|----------------|
| Limaille de fer porphyrisée. | { | aa 10 centigr. |
| Poudre de scille. . . . .    |   |                |
| Digitale. . . . .            |   |                |

Huit jours après que ce traitement eut été institué, la sécrétion urinaire s'était notablement accrue et l'abdomen avait déjà diminué sensiblement de volume.

Je recommandai d'élever un peu les doses de scille et de digitale (30 centigr. de l'une et 15 centigr. de l'autre par jour), et, deux mois après, M. Ch. de B. . . , tout heureux, m'écrivait que son enfant, par suite d'une véritable débâcle urinaire, était complètement guérie, qu'elle avait repris sa fine taille d'autrefois (*sic*.)

Mlle Cn. est restée deux ans encore auprès des siens. Elle s'est ma-

riée alors et a vécu pendant près de trois ans sans enfants, mais avec une santé parfaite. Atteinte de fièvre typhoïde, elle a succombé, m'a-t-on écrit, au bout de quinze jours de maladie.

OBSERVATION II.

Ascite idiopathique sans lésion d'organe chez une jeune fille, par le Dr Lemoine (de Saint-Brieuc). Gazette des hôpitaux, 25 juin 1881.

Il s'agit d'une fille de 20 ans, Marie R..., de petite taille, assez maigre, intelligente et énergique, habitant la campagne et se livrant quelquefois à de fatigants travaux d'agriculture. Cette fille, aujourd'hui mariée, avait vu son ventre grossir peu à peu sans cause appréciable. Les fonctions digestives se troublèrent, et, quand je l'examinai, il existait un peu de gêne dans la respiration.

Ce développement abdominal avait donné lieu à des observations peu bienveillantes, les caquets de village allaient leur train. On employa les sudorifiques, les diurétiques, les purgatifs, mais absolument sans succès.

Après m'être assuré de l'intégrité des organes thoraciques, de l'absence d'œdème des jambes et de réaction anormale de l'urine, je proposai sa ponction qui fut acceptée.

L'opération, pratiquée à l'aide d'un trocart de petit calibre, donna issue à plus de 20 litres de sérosité claire, non filante, avec une très légère nuance citrine.

La disparition de cette masse liquide me permit d'explorer avec soin les organes du bas-ventre dans lesquels je ne trouvai rien d'anormal.

D'ailleurs, les suites de l'opération furent très heureuses. L'opérée resta plusieurs semaines au repos complet, se nourrissant surtout de lait de très bonne qualité.

Depuis quinze ans, il n'est survenu aucune rechute, la santé générale s'est maintenue très bonne; et comme je l'ai dit, Marie R..., que j'ai perdue de vue, s'est mariée il y a quelque temps.

OBSERVATION III.

Ascite idiopathique sans lésion d'organes chez une jeune fille, par le  
Dr Lagrange (de Poitiers). Gazette des hôpitaux, 2 juillet 1884.

Au mois de décembre 1871, exerçant alors à Aulnay (Charente-Inférieure), je fus appelé, à 5 kilomètres, auprès d'une jeune fille de 13 ans, grande, forte, n'ayant jamais été malade; cette jeune fille, après avoir beaucoup couru, s'était couchée sur la terre et avait été prise, à la suite du refroidissement qui s'en était suivi, d'une ascite, qui, au moment où je la vis, était déjà très volumineuse.

Je traitai cette ascite jusqu'au mois de février 1872, et, après m'être assuré qu'aucune lésion n'existait, je pratiquai à cette époque, une ponction qui donna issue à 14 litres de liquide clair citrin. Ce liquide ne se reproduisit pas, et la santé demeura constamment bonne à ma connaissance, jusqu'au mois de juin 1879, époque à laquelle je laissai Aulnay, c'est-à-dire pendant plus de sept années.

OBSERVATION IV.

(Leriche. Arch. gén. de méd., 4<sup>e</sup> série, p. 23, 1850.)

Une jeune fille de 17 ans, habituellement bien réglée, n'ayant jamais fait d'autres maladies que celles de l'enfance, commença à éprouver à l'âge de 15 ans  $1/2$ , des douleurs assez vives dans les parois de la poitrine avec une toux légère. Peu à peu ces douleurs disparurent; mais la malade s'aperçut que son ventre grossissait.

Lorsque l'auteur fut appelé auprès d'elle, le 8 mars 1847, son état général était assez bon, cependant les règles avaient cessé de couler depuis trois mois. Le ventre était très développé dans toute son étendue, n'offrait aucun déplacement par le changement de position; sa circonférence mesurée à la région ombilicale donnait 107 centim.

Les membres inférieurs étaient légèrement œdématiés. Une ponction pratiquée deux jours après, donna issue à 11 kilogr.  $1/2$  de sérosité; mais ne fit reconnaître aucune tumeur. Le cœur n'offrait rien d'anormal dans son rythme et dans ses bruits. M. Leriche se décida à tenter la guérison radicale; il injecta dans le péritoine un mélange de 250 gr. d'eau, de 32 gr. de teinture d'iode et de 4 gr. d'iodure de potassium.

L'injection ne fut pas douloureuse, on malaxa l'abdomen et on en laissa sortir environ 120 gr. de liquide. Dans la soirée il y eut un peu d'agitation, des coliques assez vives; mais ces coliques ne durèrent pas, le ventre se distendit un peu par des gaz et du liquide dont on constata la présence à la partie inférieure de l'abdomen. A partir du neuvième jour, la diminution dans le volume du ventre marcha rapidement et le liquide se résorba; le ventre n'avait plus que 79 centimètres.

Le douzième jour, la guérison a été complète.

#### OBSERVATION V.

(Bricheteau, Arch. gén. de méd., 4<sup>re</sup> série, t. XXVIII, p. 85, 1832.)

Mattan (Marianne), âgée de 21 ans, d'un tempérament sanguin, jouissant habituellement d'une bonne santé et bien réglée quoique peu abondamment depuis l'âge de 17 ans, n'avait jamais éprouvé de maladie avant celle dont il s'agit.

Il y a environ six mois que cette fille, habitant une rue très humide, vit son ventre gonfler peu à peu sans éprouver d'ailleurs aucune douleur dans cette partie du corps. Au bout de trois mois, la distension du ventre commença à rendre la respiration difficile; l'appétit disparut ainsi que le sommeil, etc. La malade ignorait encore toutefois qu'elle était atteinte d'hydropisie. Lorsqu'elle entra à l'Hôtel-Dieu, le 23 janvier 1815, elle avait beaucoup perdu de son embonpoint, sa figure néanmoins était colorée, l'abdomen était très distendu, la compression n'y causait aucune douleur et la percussion dénotait une fluctuation évidente. L'examen le plus attentif ne donna pas lieu de présumer qu'il y eut quelque engorgement dans les viscères abdominaux.

On eut recours d'abord aux boissons dites apéritives, à l'usage de quelques diurétiques actifs tels que la scille et la digitale; puis on administra des purgatifs diastiques. Les urines devinrent plus abondantes, d'autres symptômes de la maladie s'amendèrent également, mais cette amélioration ne fut que momentanée. L'épanchement s'accrut dans la suite d'une manière démesurée: la respiration devint si difficile que la ponction parut nécessaire: on retira de l'abdomen, au moyen de cette opération, une quantité considérable de liquide transparent incolore; palpé ensuite avec soin, l'abdomen n'offrit aucun point engorgé et douloureux. On administra après la ponction, la résine de julap associée au nitre et à dose purgative; les urines devinrent plus abondantes, mais cela n'empêcha pas l'ascite de se reproduire, et bientôt une fluctuation manifeste

indiqua une nouvelle quantité de sérosité épanchée dans la cavité du péritoine.

On résolut alors d'employer la compression méthodique du ventre, par le moyen d'un bandage lacé à la manière d'un corset et qui embrassait la totalité des parois abdominales; on pouvait serrer ce bandage à volonté au fur et à mesure que le ventre perdrait de son volume. Cette compression fut méthodiquement exercée depuis la base de la poitrine jusqu'au bassin; par conséquent toutes les parties du ventre éprouvaient une pression égale. Les urines ne tardèrent pas à couler plus abondamment et éprouvèrent en même temps un changement favorable dans leur couleur et leur densité. L'abdomen diminua graduellement de volume et au bout d'un mois toute espèce de fluctuation avait disparu; la malade sortit quinze jours après entièrement guérie, après avoir repris sa fraîcheur et sa coloration habituelles.

#### OBSERVATION VI.

(Boisnet. *Gaz. méd. de Paris*, 1851, p. 488 (résumée).

Il s'agit d'une femme de 22 ans, devenue hydropique à la suite d'une suppression de règles. La ponction fut pratiquée le 8 mai 1824, par M. Gobert, qui fit immédiatement une injection de vapeur vineuse dans le péritoine. Voici comment il rapporte ce fait.

Sur un poëlon contenant du vin, j'ajoutai en manière de chapiteau d'alambic un entonnoir renversé et je plaçai sur le feu cet appareil, ainsi disposé pour faire monter la vapeur du vin par le tuyau de l'entonnoir.

Je pris une petite seringue dont on se sert pour faire l'injection dans les oreilles; j'en introduisis le bout dans le goulot de l'entonnoir et j'entourai les deux extrémités d'un petit linge mouillé afin de les mieux joindre.

Lorsque le vin fut en ébullition, je fis 12 fois l'injection de vapeur de vin dans la cavité péritonéale.

Il n'y eut ni faiblesse, ni douleur; un bandage de corps fut appliqué. Le lendemain il y eut une tympanite légère qui se dissipa par l'émission du gaz.

Le 24 juin, six semaines après l'opération, les règles avaient reparu. La malade avait fait une lieue à pied pour faire constater à son médecin sa complète guérison.

OBSERVATION VII.

Femme de 46 ans. — Suppression des règles. — Ascite. — Guérison.  
Pas d'ictère, pas d'albumine, par le Dr Stephen Mackenzie, médecin-assistant de l'hôpital de Londres. (British Medical Journal, 28 avril 1878.)

A. T..., âgée de 46 ans, mariée, fut admise dans mon service à l'hôpital de Londres, le 3 septembre 1875.

Deux ans avant son entrée elle était d'une bonne santé, lorsqu'elle vit ses pieds enfler. Les règles, jusqu'alors régulières, se supprimèrent. Trois mois plus tard, l'abdomen commença à grossir et devint si volumineux qu'elle rentra à l'hôpital il y a dix-huit mois, elle y resta trois mois et fut ponctionnée deux fois. Elle sortit, le ventre augmenta, elle fut de nouveau ponctionnée. Après cette ponction, le liquide se reforma, elle rentra à l'hôpital où on la ponctionna encore. Elle se trouva mieux, devint malade externe durant les huit semaines qui précédèrent son admission, mais le ventre grossissant encore, elle rentra de nouveau à l'hôpital. Pas d'antécédents syphilitiques, ni alcooliques. C'était une grosse femme, les joues injectées, la face bouffie, les yeux pleureurs.

On ne put délimiter la matité cardiaque ; les battements n'étaient pas distincts, les sons étaient normaux, les poumons sains et un peu emphysémateux. L'abdomen était très distendu, sphérique, dépassant le niveau du sternum de 3 ou 4 pouces et mesurant 47 pouces  $\frac{1}{4}$  de circonférence à l'ombilic.

La matité hépatique s'étendait jusqu'au niveau de la quatrième côte dans la ligne mammaire. La fluctuation était très nette ; les veines abdominales superficielles étaient quelque peu dilatées. L'urine était rare, acide, pesait 1,012, et ne contenait pas d'albumine. La température, le pouls et la respiration étaient normaux ; l'abdomen fut serré par une ceinture de flanelle, on ordonna la mixture rouge (caramel et eau), trois fois par jour.

15 novembre. L'ascite a considérablement diminué ; les parois abdominales sont flasques et minces. La matité hépatique ne s'étend pas à deux travers de doigt dans la ligne mammaire. L'état général est meilleur.

6 décembre. Le volume de l'abdomen est de beaucoup diminué, celui-ci est flasque et lâche. Il n'y a plus de fluctuation distincte, mais il y a de la submatité dans les deux flancs, le sommet de l'abdomen ren-

dant un son clair. Le doigt laisse une légère empreinte aux pieds et aux jambes; on continue la compression abdominale.

Le 20. La malade est sur pied; l'abdomen n'a pas augmenté de volume depuis qu'elle a quitté le lit; il n'y a plus d'œdème des pieds, pendant les deux derniers mois, elle a rendu environ, par jour, 65 onces d'urine pâle, dont le poids spécifique variait de 1,010 à 1,015, et qui, quoique examinée à de nombreuses reprises, ne contient jamais d'albumine. La malade sortit et devint malade externe. Pendant tout le temps que je l'observai depuis, l'ascite ne se reforma pas. Le seul remède qu'elle prit, soit chez elle, soit à l'hôpital, fut la mixture rouge de la pharmacopée de l'hôpital de Londres (caramel et eau).

#### OBSERVATION VIII.

Ascite guérie par la paracentèse et la compression, par le Dr A. X. Lopez Vieira. « Estudos medicos de Cumbra. » (Edinburgh Medical Journal, nov. 1878, p. 415.)

La malade dont je vais rapporter l'histoire, femme de 30 ans, célibataire, de constitution faible, de tempérament moyen, vint me consulter en mai 1877, présentant un abdomen extrêmement volumineux, indiquant nettement qu'il s'était fait un épanchement considérable de liquide dans la cavité péritonéale. Les parois abdominales étaient très distendues, s'étaient épaissies, et les côtes flottantes étaient très déjetées en dehors. La percussion fit voir que le liquide était encore au-dessus de la situation habituelle du diaphragme et des autres viscères, que ces organes étaient très élevés et très comprimés, et leurs fonctions sérieusement compromises. La dyspnée était considérable, et la malade se plaignait de la difficulté avec laquelle l'estomac tolérait les aliments, qui n'étaient supportés que par petites doses lorsque toutefois le vomissement n'avait pas lieu.

Le développement excessif de l'abdomen, et l'état de distension forcée de ses parois, rendaient la marche très douloureuse. L'excrétion urinaire était normale, et il n'y avait rien autre chose de particulier à noter.

Elle raconta que neuf années auparavant elle commença à s'apercevoir que son ventre prenait un volume exagéré, sans pouvoir en trouver aucune cause; malgré tous les remèdes et toutes les frictions cette région se développa de plus en plus. C'est lorsque s'accrochèrent les désordres inhérents à cette affection, qu'elle vint me consulter. Je fis le diagnostic d'ascite, sans toutefois me prononcer sur son origine, essen-

tielle ou symptomatique, car il m'était impossible, étant donné le volume exagéré du ventre, d'examiner d'une façon satisfaisante les organes abdominaux.

Le diagnostic établi, je songeai à la paracentèse. L'application immédiate de cette opération, bien que généralement regardée comme palliative, me paraissait indiquée; 1<sup>o</sup> par l'anxiété de la respiration chez cette femme; 2<sup>o</sup> par la nécessité de réduire l'abdomen à un état dans lequel il fût possible de procéder à l'exploration; 3<sup>o</sup> et, enfin, parce qu'il n'y avait rien à attendre des agents évacuants, diurétiques, laxatifs ou diaphorétiques, dans un cas où il était nécessaire de faire disparaître une énorme quantité de liquide.

Je fis la paracentèse et retirai de la cavité abdominale 30 litres d'un liquide séreux présentant tous les caractères accoutumés. L'examen des organes abdominaux que je fis ensuite me convainquit qu'il n'y avait aucune lésion organique pouvant être traitée par les remèdes précédemment indiqués. C'est pour cela que je considérai cette ascite comme probablement *essentielle*, due à l'action du froid agissant intus ou extra, et non supplémentaire d'une fluxion supprimée, hypothèse non applicable au cas présent. Enfin je fis en sorte de mettre la malade dans telle situation qu'elle put supporter une compression très sensible sur la région abdominale, lui recommandant en outre de garder le lit pendant quelques jours en supportant le même degré de compression sur les organes abdominaux. Il ne survint ni syncope, ni autre accident défavorable, et au bout du septième jour, la malade se leva et commença à se promener un peu. Elle continua à aller bien, commença à s'alimenter, tout en évitant de s'exposer au froid et en s'abstenant de travailler.

Au mois d'août de la même année 1877, elle vint me voir et je constatai avec grande satisfaction que l'abdomen n'avait pas augmenté de volume, et ne présentait pas la plus légère trace d'épanchement. Elle continuait de se servir de la ceinture abdominale. Encouragé par ce résultat, j'avais alors l'espérance de faire une cure radicale de la maladie, mais craignant une rechute au moment des froids de l'hiver, je lui recommandai de prendre en septembre environ 20 bains de mer froids très courts, conseil qu'elle suivit scrupuleusement. Après quelques bains, elle relâcha la compression abdominale, et continua à aller bien.

A son retour dans son pays, elle se trouva plus forte, et continua à ne plus avoir le moindre épanchement abdominal. Depuis 9 mois que la ponction a été faite, elle se considère comme guérie et capable de vaquer à toutes ses occupations journalières.

OBSERVATION IX.

Femme. — Ascite de 13 années. — Règles plus abondantes. — Guérison.  
(Graves. Clinique médicale, t. II, trad. Jaccoud.)

Le fait suivant est un exemple remarquable de ce que j'appellerais volontiers, *la guérison spontanée d'une ascite chronique*.

J'ai été consulté il y a quelques années par mon collègue le Dr Porter au sujet d'une ascite. La malade, qui habitait aux environs de Dublin, était alors hydropique depuis 8 ans. Le ventre, énormément distendu, dépassait chez elle les dimensions qu'il présente au neuvième mois de la grossesse. La percussion révélait une fluctuation non douteuse et ne présentait aucune sensibilité à la pression. L'état général de cette dame était satisfaisant ; elle ne se plaignait que de la difformité et de la gêne que produisait cette énorme collection de liquide.

Cette ascite s'était développée très lentement, elle avait commencé neuf ans auparavant, et pendant tout ce temps, elle s'était accrue d'une manière également progressive. Dans de telles circonstances on ne jugea pas utile d'instituer un traitement. J'étais moi-même le médecin de plusieurs des membres de cette famille, et j'ai eu de fréquentes occasions d'observer cette dame.

Un jour le développement du ventre cessa de faire des progrès, et depuis plus d'une année, l'affection était évidemment stationnaire.

Ainsi allèrent les choses pendant quatre ans encore. Le début de cette ascite remontait à 13 années, lorsque je fus mandé auprès de cette dame dans les circonstances suivantes. Les règles, qui avaient toujours été régulières, mais très peu abondantes, étaient devenues subitement plus copieuses et plus fréquentes ; elles arrivaient tous les 14, tous les 16 jours, et elles duraient six ou sept jours. Bientôt après, survinrent des évacuations d'urines entièrement abondantes, et le ventre diminua rapidement de volume. La durée était si considérable, l'affaissement de l'ascite était si soudain que la malade et ses parents en étaient également alarmés. Cette dame accusait une grande faiblesse : je lui conseillai de prendre du vin cuit, et j'appliquai un bandage compressif sur le ventre. Une semaine ne s'était pas écoulée que des sueurs nocturnes apparurent, qui hâtèrent encore la disparition de l'hydropisie ; il n'en restait pas le moindre vestige quinze jours après ce début de la diurèse, et la paroi abdominale lâche et pendante, ressemblait, pour me servir de l'expression de la malade, à une bourse vide.

Peu à peu les phénomènes de diurèse cessèrent. Les sueurs disparu-

rent également; la menstruation reprit ses caractères normaux; un régime substantiel rendit à cette dame les forces qu'elle avait perdues, et, au grand étonnement de tous ses amis, elle reparut dans le monde avec une taille fine et élancée.

Ce fait démontre qu'il existe des rapports intimes entre l'écoulement menstruel et la sécrétion péritonéale; l'intérêt qui se rattache à cette question est trop évidente pour qu'il soit besoin d'y insister.

## DEUXIÈME GROUPE.

### OBSERVATION X.

1<sup>re</sup> partie. — Union médicale, 23 avril 1881; Gazette des hôpitaux, 21 mai 1881.

2<sup>e</sup> partie. — Personnelle et inédite.

Clémentine Delacour, âgée de 13 ans, couturière, demeurant à la campagne, dans la commune de la Chapelle-Cécelin (Manche), est née de père et mère bien portants. Un de ses frères, toutefois, disent les parents, serait mort de la poitrine. En novembre 1878, lorsque nous la vîmes pour la première fois, elle était pâle, anémiée, avait considérablement maigri. Elle toussait un peu, n'avait ni sueurs nocturnes, ni douleurs dans la poitrine; du reste, l'auscultation et la percussion la plus minutieuse ne nous firent rien découvrir de suspect du côté des poumons.

Notre attention fut bientôt attirée sur le volume excessif du ventre; on eût dit, en effet, une femme enceinte. Mais elle n'avait pas encore été réglée, et, d'ailleurs, à peine eûmes-nous commencé l'inspection de l'abdomen que nous percûmes de la façon la plus nette la fluctuation caractéristique d'une ascite. Par un examen ultérieur, nous nous assûrâmes qu'en faisant coucher la malade, tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre, le liquide s'accumulait dans les parties déclives, et que la matité et la sonorité changeaient avec la position. Ce n'était donc pas un kyste de l'ovaire, le ventre n'était pas, du reste, globuleux, mais étalé. Le foie et la rate nous semblèrent sains; les bruits du cœur étaient bien frappés; du reste, il n'y avait pas d'œdème des membres inférieurs.

Griveau.

L'urine était peu abondante, assez colorée ; mais traitée par la chaleur et l'acide nitrique, elle ne décelait aucune trace d'albumine.

Un traitement symptomatique (nitrate de potasse, digitale, eau-de-vie allemande, huile de foie de morue, etc.) fut dès lors institué. Mais rien n'y fit et, pendant plus de deux mois, l'épanchement abdominal ne cessa d'augmenter, et les forces de la malade de diminuer ; si bien qu'elle finit par s'aliter complètement le 45 janvier 1879. Quinze jours plus tard, la respiration devint plus difficile, et les jours suivants de plus en plus gênée.

Une issue fatale était prochaine, sans nul doute. C'est alors que nous proposâmes aux parents la ponction comme étant le seul espoir qui nous restât.

Elle fut pratiquée le 10 février, et donna issue à *dix litres* de liquide citrin et écumeux. Nous eûmes soin de ne pas vider complètement la cavité abdominale.

La malade se trouva fort soulagée et put reprendre quelques toniques et diurétiques. Toutefois l'épanchement se reconstitua en partie, mais n'atteignit pas, à moitié près, les proportions énormes du premier. Pendant deux mois, notre malade resta toujours très faible ; enfin, l'appétit lui revint, les forces reparurent ; l'ascite diminua graduellement et finit par disparaître tout à fait.

Aujourd'hui, et il y a plus de deux ans que la ponction a été faite, la jeune Delacour est dans un état de santé des plus parfaits. Le ventre est souple, lisse, les ganglions paraissent avoir leur volume normal.

II<sup>e</sup> PARTIE. — Au mois de janvier 1882, le Dr Debroise fut appelé près de la jeune C. D... ; celle-ci, chez laquelle la menstruation s'était établie, mais était fort irrégulière, souffrait depuis quelque temps de douleurs dans les reins et de douleurs vagues dans le ventre.

L'inspection première de la colonne vertébrale ne révélait rien de particulier, mais en percutant les apophyses épineuses, il existait un retentissement douloureux au niveau de la douzième vertèbre dorsale et de la première lombaire sans qu'il y eût en cet endroit de déformation appréciable. Il prescrivit un régime reconstituant : huile de foie de morue, vin de quinquina, de phosphate de chaux, 2 grammes et des frictions sur la colonne vertébrale avec le liniment chloroformé.

Sous l'influence de ce dernier, les douleurs cessèrent pendant quelque temps, mais reparurent bientôt, et, au mois de février, en palpan avec soin la région abdominale, le Dr Debroise reconnut l'existence, au niveau de la fosse iliaque gauche, d'un empatement douloureux à la pression. Un vésicatoire, appliqué à ce niveau, ne produisit aucun effet sensible.

18 février. Il fut appelé de nouveau, et constata qu'au niveau et un peu au-dessus de l'arcade crurale du côté gauche, l'empâtement était plus manifeste, la peau rouge, et qu'il existait de la fluctuation profonde. En même temps, il y avait de l'embaras gastrique, la langue était chargée, le pouls à 140, et de temps en temps survenaient quelques légers frissons, indice de la formation du pus.

Le 20, s'ouvrit, au-dessus du ligament de Fallope, une collection purulente, et il sortit environ un demi-verre de liquide purulent, séreux et mal lié. La douleur, à la pression, aux niveaux des apophyses épineuses, persistant toujours, il était facile de rapporter cet abcès à une lésion probable de la colonne vertébrale. L'auscultation pulmonaire ne révélait rien de particulier, sauf un peu d'obscurité au sommet droit; mais l'état général n'était pas satisfaisant.

Le 28. La malade s'est trouvée soulagée de l'ouverture spontanée de l'abcès qui laisse couler encore une certaine quantité de pus granuleux, mais en moindre abondance que les jours qui ont suivi son ouverture.

9 mars. La suppuration se tarit peu à peu, mais il reste encore une fistule qui, tous les matins, laisse écouler une certaine quantité de pus, l'empâtement de la fosse iliaque, quoique beaucoup diminué, n'a pas encore complètement disparu.

Le 30. La fistule s'est oblitérée, il ne reste à son ouverture qu'un petit bourgeon charnu qu'on cautérise au nitrate d'argent; l'état général est un peu meilleur.

14 avril. Nous voyons la malade avec le Dr Debroise; la fistule est guérie, il reste encore un peu de douleur à la pression le long de la colonne vertébrale au niveau indiqué; la malade est toujours pâle et anémiée, quoique capable de vaquer à ses occupations.

OBSERVATION XI. — (Inédite). (1)

Demangeot (Louis), 23 ans, cordonnier, est entre le 23 décembre 1876 hôpital Necker, salle Saint-Luc, n° 5, service de M. le professeur Potain. Sa mère est morte après une maladie de neuf mois, mais ne tousait pas. Son père était alcoolique. Ils étaient 17 enfants : 12 sont morts en bas-âge, un autre est mort phthisique, jamais de fièvre intermittente.

(1) Cette observation nous a été obligeamment communiquée par M. Malécot, interne des hôpitaux de Paris.

D... n'a jamais été malade, si ce n'est qu'en 1870 il eut une fluxion de poitrine. Depuis cette époque, il n'a eu qu'un rhume de deux ou trois jours. Il ne tousse pas d'ordinaire, n'est pas sujet à s'enrhumer, n'a pas d'hémoptysies, de sueurs nocturnes, de diarrhée. Il est cordonnier et fatigue beaucoup; sa position courbée qu'il est forcé de prendre étant fort incommode. Depuis six semaines, son ventre a progressivement augmenté de volume sans qu'il ressentît de douleurs abdominales, de malaise général, sans qu'il eût de fièvre, de la constipation ou des vomissements. Il a seulement notablement maigri : ses jambes ont toujours été indemnes de tout gonflement.

*Etat actuel.* — C'est un homme amaigri, chétif, anémique. Bien que suivant lui le ventre ait déjà diminué de volume, celui-ci néanmoins est encore fort exagéré, et en faisant prendre diverses positions, en cherchant la fluctuation qui est très manifeste, il est facile de constater que le liquide remonte jusqu'à un peu au-dessous de l'ombilic. Le foie est normal; la rate est grosse et mesure 19 cent. La palpation et la pression dans les hypochondres, qui sont libres de toute masse, ne réveille aucune douleur.

Sous la clavicule droite, tonalité à la percussion un peu plus élevée que du côté gauche. Dans la fosse sus-épineuse droite, expiration prolongée, respiration un peu plus forte et un peu plus rude que normalement.

Bon appétit; bonnes digestions; selles régulières; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

27 décembre. L'amélioration qui existait déjà à l'entrée fait des progrès, le liquide a diminué dans de notables proportions : la rate est toujours grosse, le foie reste normal. Ni toux, ni expectoration. Mêmes phénomènes stéthoscopiques; pas de râles, pas de changements de rythme. La toux provoquée n'occasionne aucune douleur. Les digestions sont excellentes. Les bruits du cœur sont bien frappés.

7 janvier 1877. Le liquide ascitique a totalement disparu, mais il reste un peu de tension, un peu de résistance de l'abdomen. Pas de toux. Respiration normale en arrière. Respiration un peu plus sèche, un peu plus rude que normalement sous la clavicule gauche, avec sonorité plutôt un peu exagérée. Dans la fosse sus-épineuse, tonalité un peu plus aigüe.

Le 11. Départ; état général bon, il ne reste plus que les signes indiqués le 7.

OBSERVATION XII.

Femme de 41 ans. — Ascite. — Guérison. — Pas d'ictère, pas d'albumine, par le Dr Stephen Mackenzie, médecin-assistant de l'hôpital de Londres. (British Medical Journal, 20 avril 1878.)

T. S..., âgée de 41 ans, fut admise dans mon service à l'hôpital de Londres, le 16 janvier 1875. Depuis l'âge de 22 ans elle n'a pas été bien portante et un an avant son entrée à l'hôpital elle s'aperçut que ses vêtements devenaient trop étroits ; du reste elle n'attacha aucune importance à ce symptôme qui se montrait pour la première fois. En février et mars 1874, elle urina fort peu. En mai, l'abdomen était assez développé pour gêner par son poids assez considérable la marche. Son volume s'accrut rapidement en juin, et elle alla consulter à un autre hôpital comme malade externe. Le ventre mesurait alors 44 pouces dans sa plus grande dimension. Elle y retourna pendant trois mois, et, pendant ce temps, son volume continua à s'accroître, jusqu'à la fin de septembre, d'environ un pouce par mois. Depuis cette époque, l'augmentation a été moindre, bien que continue jusqu'au moment où elle vint nous consulter. Seulement l'urine fut excrétée en très petite quantité. Elle était mère de deux enfants et, à la suite d'une chute, avait fait une fausse couche. Rien chez elle ne pouvait faire penser à la syphilis : elle n'avait aucune habitude d'intempérance ; jamais elle n'avait eu d'ictère. La malade, à son entrée, était amaigrie, mais non cachectique ; l'abdomen était très distendu, ovoïde, très fluctuant, sa circonférence à l'ombilic et deux pouces au-dessus mesurait 46 pouces. Les veines médianes du ventre étaient dilatées, et la circulation se faisait de bas en haut, ainsi qu'il fut facile de le démontrer par la pression. Il n'y avait pas de veines dilatées se dirigeant vers la cuisse ; l'ombilic était légèrement saillant. Il existait de l'œdème des membres inférieurs, de la hanche au pied, spécialement du côté gauche. Il y avait à la face interne de la cuisse gauche une petite tache décolorée, existant depuis cinq ans, qui avait débuté par un petit point qui s'était élargi jusqu'à présent. Elle n'avait pas reçu de coup à cet endroit. La matité hépatique dans la ligne mammaire était limitée par le bout supérieur de la quatrième côte. Les organes thoraciques étaient déplacés, mais ne présentaient aucune altération. L'exploration vaginale montra l'utérus abaissé, et en la paroi antérieure du vagin déprimée (cystocèle).

22 janvier. La malade était dans l'angoisse ; sa gêne respiratoire était considérable, et la respiration fort embarrassée. Elle eut une petite

éruption d'herpès autour de la bouche ; du reste elle n'avait pas eu de fièvre depuis son admission, mais elle souffrait d'un catarrhe à son entrée. Les intestins fonctionnaient bien ; les matières étaient solides et bonne couleur. Elle rendait, par jour, environ 55 onces d'urine de couleur orangée, sans albumine, ni pigment biliaire. Trois fois par jour elle prit cinq grains d'iodure de potassium.

Le 26. L'anxiété est moindre, mais le facies abdominal est très prononcé. 70 onces d'urine par jour ; la respiration est plus facile, mais exclusivement thoracique. La mensuration de l'abdomen au même endroit que devant donna 43 pouces 1/2. Les jambes sont moins enflées qu'à l'entrée.

2 février. La malade se sent mieux et est plus gaie ; le regard est plus hagard et les yeux sont cerclés de noir. Elle a dormi, dit l'infirmière, les yeux ouverts. Le volume de l'abdomen a considérablement diminué ; il est presque flasque et s'affaisse ; il mesure 42 pouces et 5/8 à l'ombilic. Les veines superficielles ne sont pas aussi distendues ; elle prend toute la nourriture qu'on lui donne.

Le 12. La malade va mieux et a de l'intoxication iodique ; elle a eu une éruption acnéique à la face, de la conjonctivite, du coryza et du mal de gorge. On supprime l'iodure de potassium et on le remplace par une mixture de citrate de fer et de quinine.

Le 23. La malade se sent très bien. Elle dort et mange bien, rend par jour 60 onces d'urine, dont la pesanteur est de 1,016 à 1,020, et qui ne contient pas d'albumine. On sent désormais le rebord hépatique à trois pouces au-dessus de l'appendice syphoïde. L'abdomen ne mesure plus que 29 pouces 1/4. L'œdème des jambes a totalement disparu.

30 mars. L'amélioration s'accentue. L'abdomen mesure désormais 26 pouces, sa surface est ridée. On ne sent aucune irrégularité à la surface du foie.

11 mai. Etat stationnaire. Il reste très peu de liquide dans la cavité péritonéale. Elle rend 40 onces d'urine dans les vingt-quatre heures. On ordonne de serrer fortement le ventre avec un bandage de flanelle afin d'exercer une pression assez forte.

4 juin. Aussitôt le bandage appliqué, la malade en ressentit un douleur qui ne tarda pas à s'apaiser ; de fait, elle se trouva soulagée. La mensuration au niveau de l'ombilic donnait 23 pouces. Elle rendait de 20 à 40 onces d'urine par jour, et ne suait pas beaucoup. On lui fit faire chez un bandagiste une ceinture abdominale avec courroies, susceptible d'exercer une très forte pression.

Le 29. La malade allait bien, elle ne ressentait plus qu'une grande faiblesse. L'abdomen semblait moins volumineux et mesurait, au niveau

de l'ombilic, 21 pouces  $\frac{1}{4}$ . En le percutant, on sentait une pseudo-fluctuation qui ne semblait pas due à du liquide. Le foie occupait la même situation qu'auparavant, sa surface était molle, son bord ferme, tranchant et régulier. On ne pouvait sentir la rate, sa matité s'arrêtait dans la ligne axillaire, à la 7<sup>e</sup> côte; chaque jour, la malade rendait de 50 à 60 onces d'urine normale, et mangeait et dormait bien. Elle ne se levait pas encore et gardait sa ceinture abdominale; du reste on ne tarda pas à la lui enlever, étant donnée la diminution de volume du ventre. Puis elle se leva et pendant quelques jours sortit dans le jardin, et, comme le liquide ne se reproduisait pas, elle devint malade externe (juillet 1875).

Jusqu'à maintenant (20 avril 1878), j'ai continué à l'observer : la rate n'est pas revenue; la santé générale est faible, mais elle peut vaquer à ses occupations et gagner sa vie; lorsqu'elle travaille plus que d'habitude, elle a un léger œdème des pieds; jamais elle n'a eu d'albumine dans les urines.

#### OBSERVATION XIII.

(Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 1847-48,  
t. VII, n° 2.)

Un enfant de 7 ans avait eu, trois ans auparavant, une maladie de ventre avec fièvre dont ses parents ne caractérisaient pas très bien la nature. Peu à peu le ventre augmenta de volume; l'enfant était pâle, faible et souffrant.

Plusieurs médecins furent successivement appelés et firent subir à cet enfant divers traitements tout à fait infructueux, parmi lesquels les purgatifs et les diurétiques ne furent pas ménagés; enfin, en désespoir de cause, et après avoir épuisé leurs faibles ressources pécuniaires, les parents placèrent cet enfant à l'hôpital des Enfants-Malades. Le ventre à cette époque était tellement distendu que la marche était devenue impossible. L'état d'orthopnée croissant réclama bientôt l'opération palliative de la paracentèse, au moyen de laquelle on évacua du ventre environ un seau ordinaire plein de sérosité. L'avantage qu'en ressentit le petit malade fut de courte durée, car à peine huit jours s'étaient écoulés depuis la sortie du liquide que déjà le ventre avait récupéré son volume primitif. Ce fut dans ces circonstances qu'il fut adressé à l'auteur de cette observation. Quoique d'un tempérament lymphatique,

L'enfant n'avait jamais souffert d'affection strumeuse, il n'avait point offert de symptômes du cerveau au début de la maladie. Le ventre, énormément distendu, couvrait en partie les cuisses et empiétait sur les cavités thoraciques. La fluctuation était des plus manifestes, l'orthopnée excessive, le sommeil rare et entrecoupé; bien plus, une violente inflammation de la partie inférieure du tube digestif, caractérisée par une diarrhée sanguinolente accompagnée d'atroces coliques qui lui arrachaient des plaintes et des cris continuels, soit qu'elle fût le résultat du traitement antérieur, soit qu'elle fût spontanée et accidentelle, était venue se joindre à l'affection existante et compromettait la vie du malade. Avant de rien tenter contre l'ascite, l'auteur s'efforça de faire disparaître l'inflammation accidentelle, ce qu'il obtint heureusement après peu de jours par un traitement approprié. Mais alors l'état d'horrible dyspnée exigea impérieusement l'opération de la paracentèse: on tira plus de 10 litres de sérosité citrine. Après un nouvel examen du ventre, qui permit de s'assurer que tous les organes paraissaient à l'état normal et qui fit penser qu'on avait affaire à une ascite essentielle, injection dans le péritoine d'un mélange de 3 onces d'eau tiède et 3 gros de teinture d'iode. Le patient n'avait presque pas accusé de douleur pendant l'opération. Le jour même et le lendemain, il se déclara une légère péritonite caractérisée par la fièvre, la sensibilité et la distension tympanique du ventre. Cette réaction inflammatoire ne dépassant pas les limites nécessaires à la guérison, on se borna pour toute médication à prescrire le repos, la diète et les boissons délayantes. Cinq ou six jours après, toute trace d'inflammation avait disparu, mais il y avait encore un peu d'épanchement dans le ventre. Cependant celui-ci, devenu indolent, avait perdu les  $\frac{5}{6}$  de son volume. L'enfant fut mis à un régime fortifiant: compression avec un bandage lié. On favorisa les évacuations alvines et vésicales, et dès que l'état du petit malade le permit, on recommanda les promenades à la campagne. Un succès complet a couronné cette méthode curative; aujourd'hui, près de quatre mois après l'opération, la guérison est complète, et l'enfant continue à faire des progrès en vigueur et en santé.

#### OBSERVATION XIV.

Travail habituel dans un lieu humide. — Ascite préventive aiguë. — Guérison au bout de quarante-trois jours. (Rillet et Barthez, t. II, p. 242.)

Chatelain, garçon âgé de 13 ans, est entré à l'hôpital, le 11 janvier 1839.

Habituellement fort et bien portant, il travaille depuis peu de mois dans un endroit humide et sur la terre nue, mais il couche dans un endroit sec. Deux mois environ avant sa maladie actuelle, il ressentit pendant quelques jours des douleurs fugitives dans les reins; mais il était tout à fait bien portant, lorsque quinze jours avant son entrée, il fut pris de douleurs peu vives dans le ventre.

Quatre jours après, il survint un gonflement de l'abdomen qui continua à s'accroître sans aggravation des douleurs. L'appétit fut conservé, la soif augmentée; la bouche était sèche; il y avait un peu de dévoisement.

11 janvier. Seizième jour après le début, nous constatons l'état suivant : cet enfant est grand pour son âge, mais peu musclé; ses cheveux sont châtain, ses yeux foncés en couleur, sa peau fine et blanche.

L'abdomen est volumineux, tendu, à peu près indolent; l'ombilic est saillant, la fluctuation évidente. On perçoit de la sonorité aux parties supérieures, de la matité aux parties déclives, et ces symptômes varient suivant le décubitus. La mensuration de l'abdomen donne 76 centim. à l'ombilic, 78 au-dessus. Le palper ne fait sentir aucune tumeur abdominale.

La respiration est pure dans toute la poitrine; pas de toux, la respiration est à 20, peu ample. La figure est légèrement violacée; le poulx est petit, régulier, filiforme, à 64; les battements du cœur sont normaux (chiendent 1 gr., frictions scillitiques sur l'abdomen).

Le dix-huitième jour, l'état est le même : les urines assez peu abondantes, sont claires, présentent à leur surface une légère pellicule, et dans leur fond un précipité gris-rosé abondant. La partie supérieure, décantée, ne précipite nullement par l'acide nitrique, ni par la chaleur. Pas de selles. Le matin, un peu de céphalalgie; une épistaxis peu abondante.

Le dix-neuvième jour, l'abdomen est un peu plus tendu; sa circonférence a augmenté de 5 centimètres. (Même prescription; plus, décoction de racine de caïca.)

L'état persiste, le même pendant plusieurs jours, et bien qu'on ait porté le nitrate de potasse à la dose de 1 gr. 50 et de 2 gr., les urines sont peu abondantes, troubles et ne précipitent pas par l'acide citrique; au contraire elles deviennent claires sous l'influence de cet acide. Toutefois le vingt-unième jour, elles sont environ quatre fois plus abondantes que la veille. Le vingt-troisième jour, l'abdomen a encore augmenté d'un demi-centimètre. Le vingt-sixième jour, il y a eu des sueurs abondantes pendant la nuit, les urines sont claires, limpides et très abondantes; l'abdomen a diminué et présente 78 centim. sur l'ombilic

et 83,5 au-dessus. (Même prescription; plus, sirop de pointes d'asperges, 60 grammes.)

A partir de ce moment, le ventre diminue de volume, devient plus flasque; le trente-unième jour, il est à 76 gr. 50 sur 80; le trente-neuvième jour, à 72 sur 76. Le quarante-troisième jour, le ventre est flasque, indolent et n'offre aucune fluctuation.

Les urines commencent à être abondantes, limpides et plus considérables que la quantité de tisane prise par le malade.

A peu près à la même époque, il survient une toux assez intense, avec expectoration séro-muqueuse : cependant l'auscultation ne fournit aucun symptôme notable. En même temps, il s'établit un dévoiement peu abondant, mais il ne se développe aucun mouvement fébrile. Ces légères complications diminuent et disparaissent; en sorte que le quarante-troisième jour, le malade fut considéré comme guéri. Il sortit le quarante-septième.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Archives générales de médecine, 1832, 1<sup>re</sup> série, t. XXVIII, p. 85. —  
1850, 4<sup>e</sup> série, p. 23.

British Medical Journal, 20 avril 1878.

BROUARDEL (P.). — De la tuberculisation des organes génitaux de la  
femme. Thèse de Paris, 1865.

Bulletins de l'Académie royale de Belgique, 1847-48, t. VII, n<sup>o</sup> 2.

Bulletins des sciences médicales, 1829, t. XVI, p. 426.

CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique, t. IV, p. 60 et suiv.

Dictionnaire (Nouveau) de méd. et de chir., t. III. Art. Ascite.

Edinburgh Medical Journal, nov. 1878, p. 415.

FERNET et STRAUS. — Annotations au Traité de diagnostic médical de  
Racle, 5<sup>e</sup> édit., p. 509.

Gazette des hôpitaux, 1881, 2 mai, 25 juin, 2 juillet, 23 juillet.

Gazette médicale de Paris, 1851, p. 488.

GRAVES. — Clinique médicale, t. II, trad. Jaccoud.

GRISOLLE. — Pathol. interne, 4<sup>e</sup> édit., t. I. p. 818-820.

JACCOUD. — Pathol. interne, 5<sup>e</sup> édit., t. II, p. 398.

RILLET et BARTHEZ. — Maladies des enfants, t. II, p. 212.

Union médicale, 1881, 23 avril.

## QUESTIONS

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.  
SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

*Anatomie et histologie normales.* — Des os des membres supérieurs.

*Physiologie.* — De la déglutition.

*Physique.* — Des leviers appliqués à la mécanique animale.

*Chimie.* — Caractères distinctifs. Préparations et propriétés des iodures et des bromures.

*Histoire naturelle.* — Qu'est-ce qu'un cétacé? Des fanons et du blanc de baleine.

*Pathologie externe.* — Du glaucôme aigu.

*Pathologie interne.* — Accidents qui se rattachent à la dentition.

*Pathologie générale.* — Des vomissements.

*Hygiène.* — Des bains.

*Médecine légale.* — Symptômes des empoisonnements.

*Accouchements.* — De la rupture prématurée des membranes.

---

Le président de la thèse,  
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,  
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,  
GRÉARD.